Rok XLII. Kraków 7 Listopada 1903. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Ś. p. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI.

Działalnością swoją nauczycielską, naukową i społeczną zasłużył się ś. p. Włodzimierz Brodowski rzetelnie swemu krajowi.

Pracę nauczycielską rozpoczął w dojrzałym już wieku. Urodzony na Litwie w r. 1823, po ukończeniu gimnazyum mińskiego studyował medycynę w Moskwie. Złożywszy świetnie egzamina w r. 1848, pracował przez rok jako asystent kliniki ginekologicznej moskiewskiej. Potem rozpoczął zawód lekarza praktycznego w Białej Cerkwi, skąd wkrótce przeniósł się do Brusilowa, a później do Łysianki. Kilkoletnie jednak trudy praktyki przypłacił chorobą stawu biodrowego i przeleżał rok w klinice prof. Cycuryna. Po wyjściu z niej na krótko wrócił do poprzednich zajęć. W r. 1855 wyjechał za granicę i kształcił się głównie w anatomii patologicznej pod kierunkiem Rokitanskyego w Wiedniu, Virchowa w Würzburgu i Robina w Paryżu. Wróciwszy do kraju, rok jeszcze praktykował w Łysiance. Dopiero nadzieja zużytkowania swych zdolności i nabytej wiedzy w powstającej Akademii medyko-chirurgicznej pociągnęła go do Warszawy, gdzie otrzymał posadę lekarza w szpitalu ujazdowskim. Już wtedy zdołał uzyskać materyał do pracy i zgromadzić koło siebie dobrowolnych słuchaczy, ale właściwa jego działalność dydaktyczna rozpoczęła się dopiero z chwilą powołania Go na adjunkta anatomii patologicznej w Akademii.

Stało się to przez jednomyślną uchwałę jej profesorów w kwietniu r. 1862. Pierwszy wykład miał ś. p. Brodowski 7 lutego 1862. Wykład ten wywrzeć miał wrażenie nowymi poglądami, opartymi na badaniach Virchowa, a odświeżającymi atmosferę naukową Akademii. Odtąd wykładał ś. p. Brodowski bez przerwy przez lat trzydzieści pięć, przechodząc kolejno z Akademii do Szkoły głównej, a z niej do Uniwersytetu, mianowany w r. 1864 nadzwyczajnym, a r. 1865 zwyczajnym profesorem. On dopiero stworzył cenny zbiór preparatów i pracownię, wykołatał dla niej środki i pomocników. Ta pracownia rychło przyciągać zaczęła młodzież, a po zmianie stosunków przetrwała najdłużej, jako jedno z ognisk rodzimej pracy naukowej. Z niej też oprócz własnych prac ś. p. Brodowskiego wyszedł szereg cennych rozpraw Jego uczniów. Prace te odznaczają się sumiennością i ścisłością i są w naszem piśmiennictwie lekarskiem trwałym dorobkiem.

Naukowo pracował sam bardzo wiele. Ogłosił drukiem około trzydziestu rozpraw. Znajdują się wśród nich rzeczy tej wartości, jak badania nad powstawaniem komórek olbrzymich, oraz prace, dowodzące samodzielności i świeżości pomysłów, jak przyczynki do anatomii patologicznej wątroby (ostry zanik żółty, zwyrodnienie miąższowe, marskość). Natomiast znaczniejszą część swoich spostrzeżeń i badań przedstawiał tylko w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, w którem nadto w każdej niemal rozprawie zabierał głos, dodając bystre i cenne uwagi. Z nichto głównie widać, że posiadł bardzo wielkie doświadczenie własne i że szedł ciągle z postępem nauki. W r. 1860 rozpoczął wydawać anatomię patologiczną (w „Bibliotece Umiejętności lekarskich"). Niestety, wydawnictwa tego nie ukończył. Z części ogłoszonej drukiem znać, że byłoby to dzieło oryginalne, oparte na własnych, rozległych badaniach.

Ś. p. Brodowskiego odznaczał umysł bystry i głęboki, charakter nieugięty i nieposzlakowana prawość, gorąca miłość sprawy publicznej, silne poczucie obowiązku, gorliwość o dobro młodzieży uniwersyteckiej. Toteż zjednał sobie rychło powszechne poważanie i uznanie. W r. 1869 wybrany został dziekanem Wydziału lekarskiego i odtąd bez przerwy przez lat kilkanaście sprawował ten urząd, połączony z wielką odpowiedzialnością a w późniejszych zwłaszcza latach wskutek zmiany stosunków szczególnie trudny. Z ciężkiego tego obowiązku wywiązał się niezwykle; nawet u tych, z którymi walczył, budził szacunek dla siebie i dla swego społeczeństwa; godności swego stanowiska i nauki polskiej strzegł pilnie; wśród młodzieży, którą rozwagą swoją od niewczesnych uniesień chronił, posiadał nadzwyczajny mir i posłuch. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem rządził jako prezes przez lat siedem, potem zaś przez lat kilkanaście piastował najwyższą godność, jako sekretarz stały. Instytucye dobroczynne warszawskie, w których oddawna pracował, oddawały zarząd swój w jego ręce, a na stanowisku prezesa Warszawskiego Towarzystwa dobroczynności położył niemałe zasługi.

Wieloletnią płodną pracę ś. p. Brodowskiego społeczeństwo umiało należycie ocenić. Wszystkie polskie Towarzystwa lekarskie mianowały go swoim członkiem honorowym, a Uniwersytet Jagielloński dał mu dyplom doktora „*honoris causa*". Dwukrotnie, w ćwierćwiecze pracy profesorskiej i przy opuszczeniu katedry składali mu hołd czci i wdzięczności koledzy, uczniowie i wszyscy lekarze polscy.

Do ostatnich lat nie usuwał się ś. p. Brodowski od pracy naukowej i społecznej. Oderwała go od niej dopiero ciężka choroba, która przecięła Jego życie 27 października b. r.

Oprócz prac naukowych pozostawia po sobie ś. p. Brodowski trwały plon swej pracy dydaktycznej, wychowawczej i społecznej. Przy Nim i od Niego uczyły się pokolenia polskich lekarzy gorliwej i sumiennej pracy, pod Jego wpływem hartowały się i szlachetniały dusze i wyrabiali się dzielni obywatele kraju.

Nazwisko Jego pozostanie związane ze świetną chwilą dziejów Warszawskiej Szkoły Głównej, i nie zniknie z chlubnych wspomnień medycyny polskiej.

Browicz.

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał
Dr. Adolf Klęsk,
asystent kliniki.

Prace Simona o chirurgii nerek, zwłaszcza zaś publikacya o szczęśliwym wyniku usunięcia nerki, wytworzyły w pierwszej chwili silny radykalizm w chirurgicznem leczeniu chorób nerkowych. Okres ten trwał jednak nie długo. Doświadczenie wykazało, że zabieg na nerce, zwłaszcza jej wycięcie, zależnym jest nie tylko od obecności, ale w równej mierze i od wydatności fizyologicznej drugiej nerki. Przeświadczenie to stało się z jednej strony powodem oględniejszego stawiania wskazań do operacyi nerkowych wogóle, a nefrektomii w szczególności, z drugiej zaś strony dało pochop do licznych prac, mających na celu wykrycie sposobów, z pomocą których wydatność każdej nerki ocenićby można. Pierwotna śmiertelność po nefrektomii: 80 6% spadła obecnie do 17·4% (Schede).

W miarę rozwoju nowych metod badania i określania stanu wydatności nerek rozszerzył się wprawdzie zakres wskazań chirurgicznego leczenia chorób nerkowych, powiększyła się ilość zabiegów, lecz za to zabiegi więcej zachowawcze zastąpiły w wielu przypadkach miejsce dawnego radykalizmu.

Pierwsze operacye wycięcia nerek były spowodowane omyłkami w rozpoznaniu. Wolwet przystąpił do operacyi, sądząc, że ma do czynienia ze sprawą, wychodzącą z wątroby; Wells, że z torbielem jajnikowym; Peaslee podobnie. Świadoma siebie chirurgia nerek rozpoczyna się jednak dopiero od czasów Simona.

Już dawno Zambeccarius zrobił spostrzeżenie, iż u psów czasem jest tylko jedna nerka i to nadto mało co większa od prawidłowej. Psy takie mimo to wydzielają mocz zupełnie prawidłowo i żadnych zboczeń nie wykazują. Późniejsze doświadczenia wykazały, że zwierzęta znoszą zupełnie dobrze usunięcie jednej nerki (naturalnie w razie, jeżeli druga jest zdrowa). Szereg publikacyi wykazał brak wrodzony jednej nerki[1]) u ludzi zupełnie zresztą zdrowych (Brodowski, Bukowski, Bogdanik, Ballowitz, Kijewski, Stoube i t. d.). Zaczęto nawet szukać odpowiednich oznak, któreby umożliwiły rozpoznanie za życia braku jednej nerki; niektórzy (Israel, Baumer) przypuszczali, że prawdziwy brak jądra lub jajnika bywa często wyrazem braku jednej nerki.

W kilku przypadkach, w których usunięto nerkę patologicznie zmienioną, dopiero po operacyi przekonano się, że i druga jest chorą, mimo to operowani pozostali przy życiu i czuli się dobrze. Wynikiem tego spostrzeżenia były nowe badania, dążące do określenia *minimum* tkanki nerkowej, potrzebnej osobnikowi do życia. Badania Tuffiera wykazały, że na 1 kilogram wagi ciała osobnika wystarczy około 1 gram zdrowej nerki. Wobec tego człowiek ważący 70 kilogramów potrzebowałby przypuszczalnie około 70 grm. substancyi nerkowej, a więc prawie tylko 1/4 prawidłowej wagi obu nerek razem wziętych[2]). I na ten ostatni fakt znalazł się w patologii dowód. Niejedna sekcya wykazała u osobnika, zmarłego z innej przyczyny, zniszczenie prawie zupełne jednej nerki, a poważne zmiany w drugiej. Usunięcie jednej nerki zmienionej gruźliczo miało niejednokrotnie wpływ leczniczy na drugą. Wszystkie te fakta doprowadziły w końcu do tego przekonania, że nawet w przypadkach zmian w drugiej nerce, bardziej zniszczoną można usunąć, jednak pod tym tylko jednym warunkiem, że nerka, mająca pozostać, ma wymagalną „wydatność fizyologiczną“. W dostępnem dla mnie piśmiennictwie znalazłem 1250 opisanych i mniej lub więcej naukowo opracowanych przypadków wycięcia nerki. Z zestawienia materyału tego wynika, że usunięcie nerki autorowie uważają za wskazane przedewszystkiem w następujących przypadkach:

1) Guzy pierwotne nerki.
2) Zmiażdżenia nerki.
3) Zranienia, które wywołały oderwanie moczowodu, dużych naczyń lub bardzo silny krwotok.
4) Krwotoki groźne dla życia bez zranienia nerki.
5) Ropienie ogólne nerki.
6) Zgorzel nerki.
7) Gruźlica i inne sprawy niszczące miąższ.
8) Wodo- i roponercze.
9) Kamienie nerkowe (nawroty napadów z gorączką i ropieniem).
10) Przetoki moczowodów.
11) Bąblowiec.
12) Tętniak tętnicy nerkowej.
13) Jednostronne zwyrodnienie torbielowe.
14) Nerka chirurgów (*ren chirurgorum*).

Nie wszystkie z tych warunków uważamy za bezwzględne wskazania. Przy krwotokach wystarcza niejednokrotnie rozcięcie (*nephrotomia*) i tamponada nerki. Przy wodo- i roponerczu, również nacięcie (*pyelotomia*, t. j. założenie przetoki miedniczki nerkowej), ewentualnie plastyka miedniczki lub moczowodu zupełnie dobrze da się zastosować. W kamicy musimy się starać o usunięcie kamieni przez przecięcie nerki lub miedniczki i t. d. Usunięcie nerki powinno być *ultimum refugium*. Bezwględnie wskazanem jest wycięcie nerki tylko przy nowotworach, gruźlicy, zgorzeli, oderwaniu i ogólnem zropieniu, szczególnie jeśli to ostatnie występuje pod formą tak zw. *ren chirurgorum*, t. j. ropnego prosówkowego (śródmiąższowego) zapalenia nerki. W innych przypadkach nie należy się spieszyć z wycięciem, lecz nabrać silnego przekonania o faktycznym stanie nie tylko zdrowej, ale i chorej nerki. Rozstrzygnięcie takie wymaga czasem dłuższego czasu, nie raz nawet zabiegów takich, jak przecięcie nerki, miedniczki lub moczowodu. Niejednokrotnie nastaje powolna poprawa vestitutis ad integrum.

Nagłe usunięcie nerki, zwłaszcza w przypadkach dobrej jej wydolności (zwłaszcza przy niewielkich nowotworach, ropniach ograniczonych, czasem przy urazach) może zgubnie oddziałać na drugą nerkę i to nawet w przypadkach, gdy ta ostatnia jest zupełnie zdrową. Przytaczam poniżej przypadek, który nas o tem pouczył.

Przypadek I. *J. J.*, l. 40. przyjęty na klinikę d. 24/IV 1900 r. Przed rokiem uderzył się silnie w bok prawy. Od 6 miesięcy doświad-

[1]) Mankiewicz zestawił 234 przypadków nerki pojedynczej, w 127 brakowało nerki lewej.

[2]) Nerki ważą u człowieka dorosłego obie 300 gramów, lewa zwykle jest cięższa.

cza parcia i częstego oddawania moczu, w którym z małemi przerwami ma się znajdować krew.

Badanie wykazuje: Nerki nie macalne. Cystoskopem wykazać można wydzielanie się z prawego moczowodu moczu lekko krwawego bez innych zmian chorobowych. Mocz z lewej nerki prawidłowy. W pęcherzu nic nieprawidłowego. Narządy wewnętrzne zdrowe. Ilość moczu prawidłowa.

Rozpoznanie. Guz nerki prawej.

24/V. Operacya. Cięcie prof. Kadera (opis niżej). Nerka lewa, zbadana dotykiem od strony jamy brzusznej, zmian nie przedstawia, Nerka prawa nie powiększona; rozcięta wzdłuż w pasie Zondeka, wykazuje w górnej połowie 2 guzki, objętości wielkiego ziarnka grochu. Amputacya górnej połowy nerki, zawierającej guzki. Po chwilowem wahaniu z obawy, że i w dolnej części nerki mogą być również guzy, wyciął prof. Kader całą nerkę.

Przebieg. W ciągu pierwszych 24 godzin przebieg był zupełnie normalny; mocz z lewej nerki w dużej ilości; potem nastąpił ostry bezmocz. Śmierć w 54 godziny po operacyi.

Sekcya zmian żadnych w lewej nerce nie wykazała. Nigdzie przerzutów nie znaleziono.

W przypadkach, gdzie chora nerka wykazuje już wydatność niedostateczną, usunięcie jej nie wywiera na ustrój wpływu tak zgubnego, jak w przypadkach takich, jak tylko co opisany.

O istnieniu drugiej nerki przekonać się możemy obecnie dość pewnie zapomocą różnych metod badania. Przedewszystkiem naocznie i dotykiem wśród operacyi drogą otrzewnej (Thornton), lub przez obustronne nacięcie lędźwiowe (Rovsing-Schede-Küster i t. d.). Badaniem fizycznem stwierdzić możemy obecność obu nerek, sondując przez pęcherz moczowody i zbierając mocz z każdej nerki z osobna, co przy zastosowaniu nowych metod badania (oznaczanie ilości dziennej azotu, punktu krzepliwości moczu i krwi próby z błękitem metylenowym i florydzyną), daje nam zarazem możność ocenienia wydatności każdej nerki. W pracy Dra Hermana, ogłoszonej z kliniki c. k. Radcy Dworu Rydygiera w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 11—14, 1902) i „Nowinach lekarskich“ za rok 1902 znajdujemy wyczerpujące krytyczne zestawienie dzisiejszych sposobów badania nerek. Zajmujących się tą sprawą odsyłamy do tych prac.

Najważniejszym ze sposobów bezpośredniego badania jest cystoskopia i cewnikowanie moczowodów. Badanie to stosowaliśmy w klinice 26 razy. U kobiet cystoskopujemy zwykle bez uśpienia, u mężczyzn zwykle w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Wyjątkowo udawało się to czasem robić bez uśpienia. Co do wskazań, to cystokopowaliśmy

9 razy z powodu — guzów pęcherza.
2 „ „ — „ nerek.
3 „ „ — gruźlicy dróg moczowych.
1 „ „ — kamienia w moczowodzie.
4 „ „ — roponercza.
2 „ „ — zwężenia i przetoki moczowodu.
1 „ „ — wodonercza.
1 „ „ — nowotworu drążącego z kiszki do pęcherza moczowego.
3 „ — cystoskopia nie wykazała zmian.

Na tych 26 przypadków w 6 nie dopięliśmy właściwego celu. Dwa razy z powodu stałego, dość silnego krwotoku, który ciągle zalewał i zaciemniał pole widzenia. Raz znowu nie można było wejść do moczowodu z powodu blizny, która zacieśniała światło tuż przy ujściu tegoż do pęcherza. W czwartym przypadku badaliśmy chorą, u której wytworzyła się przetoka moczowa w pochwie po usunięciu mięśniakowo zmienionej macicy. W pochwie wykazaliśmy małą fistułkę, do której nawet najcieńszy zgłębnik nie dał się wprowadzić. Pęcherz prawidłowy, ujście moczowodów widoczne, mimo to do żadnego z nich nie można wsunąć zgłębnika dalej, jak na 1—2 ctm. Wobec tego pytanie, który z moczowodów został zraniony, pozostało tą drogą nie rozstrzygniętem. W jednym przypadku u młodej dziewczyny pęcherz był zupełnie niedomykalny i o tak małej pojemności, że po nieudałych próbach musieliśmy od badania odstąpić. Wspomnieć także tu muszę i o tem, że u chłopców lub mężczyzn z bardzo wązką cewką wprowadzić do pęcherza zwykłych cystoskopów nie podobna. W 6-tym przypadku nie można było zgłębnika wprowadzić do prawego moczowodu, z którego dobywała się ustawicznie ropa, gdyż ujście było obrzmiałe.

Prócz niepodobieństwa fizycznego zbadania moczowodów lub pęcherza zdarzyć się mogą przy cystoskopii inne niespodzianki, n. p. gdy jest nerka podkowiasta, mająca dwa prawidłowo uchodzące do pęcherza moczowody, lub gdy jest jedna nerka o dwóch moczowodach. W przypadkach tych, gdzie cystoskopia daje nam obraz niejasny lub nie daje żadnego, jesteśmy obowiązani przed usunięciem nerki chorej przekonać się namacalnie o obecności i jakości anatomicznej nerki drugiej. Prof. Kader uczynił to w dwóch przypadkach wycięcia nerki. Nerkę trzeba było usunąć drogą otrzewnej. W granicach cięcia, które opiszę poniżej, otworzył otrzewnę ścienną, wprowadził tamtędy rękę aż do nerki zdrowej i zbadał ją dotykiem. W trzecim przypadku, gdzie zrobiono tylko cięcie nerki, postąpił prof. Kader podobnie. Postępowanie takie jest stanowczo zabiegiem łagodniejszym, niż zakładanie osobnych ran lędźwiowych lub brzusznych. Potrzeba oglądnięcia nerki nie zachodzi tu wcale, dotykiem od strony jamy brzusznej można rozstrzygnąć wchodzące w grę pytanie.

Nie należy zapomnieć przy cystoskopii o wypróżnieniu kiszki stolcowej, gdyż zbyt silne nagromadzenie kału może być czasem wielką przeszkodą w cewnikowaniu moczowodów i zacierać obraz konturów normalnych pęcherza.

W jednym z naszych przypadków nagromadzony w kiszce odchodowej kał wypuklał w tak niesymetryczny sposób dno pęcherza, że dojście do prawego ujścia moczowodu było bardzo utrudnione; dla tego też należy baczyć na opróżnienie kiszki stolcowej przed cystoskopią.

W drugim przypadku z praktyki prywatnej profesora Kadera wypuklała część pochwowa macicy przy ustalonem tyłozgięciu macicy i zrostach okołopęcherzowych tak silnie i jednostronnie dno pęcherza, że wejście do lewego moczowodu było niemożebne, dno pęcherza było przesunięte na stronę lewą, wejście prawego moczowodu leżało po stronie lewej, lewego nie można było odnaleźć wcale.

W niektórych przypadkach dobrze jest natomiast podnieść dno pęcherza przez wprowadzenie dużego kolpeuryutera do odbytnicy, względnie do pochwy.

Czasami, zwłaszcza dla określenia kierunku przebiegu moczowodu, musimy do cewnika znajdującego się w moczowodzie wprowadzić metalowy mandryn i określić przebieg jego zapomocą radiografii Roentgena.

Na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgów w Berlinie Kümmel (Hamburg), opierając się na licznych przypadkach, badanych przez siebie, przemawiał w roku 1901 bardzo gorąco za kryoskopią krwi, polecając ją jako najlepszy sposób dokładnego ocenienia sprawności nerek i przestrzegał przed wycinaniem nerki, gdy punkt krzepliwości

krwi leży wyżej 0,60. W przypadkach takich dozwolone są co najwyżej zabiegi zachowawcze, jak n. p. cięcie nerki i t. d.

Sprawa określenia ilości dziennej wydzielanego azotu i określenia punktu krzepliwości moczu każdej nerki z osobna nie posiada już tego zasadniczego znaczenia, jak kryoskopia krwi. Metody te dają jednak tę ważną wskazówkę, że wykazują, która z nerek jest chorą lub więcej zniszczoną.

To samo da się powiedzieć o próbie florydzynowej, która nadto posiada tę zaletę, że daje się szybko i łatwo przeprowadzić. Niektórzy podnoszą zarzuty przeciw próbie florydzynowej, obwiniając ją o zgubne działanie na ustrój. Badania w naszej klinice, przeprowadzone przezemnie, podobnie i w innych klinikach, zupełnie obalają to przypuszczenie, i przemawiam tu gorąco za stosowaniem jej.

Czasami nie dopisuje jednak i ona. Rovsing ogłosił przypadek, w którym cukier zjawił się dopiero w 3 godziny po wstrzyknięciu.

Co do próby metylenowej, to o wartości jej wiele nie wiemy. Niektórzy z autorów odmawiają jej wszelkiego znaczenia. Jedna z ostatnich prac doświadczalnych w tym kierunku, dokonana przez elewa naszej kliniki Dra Feliksa Majewskiego na oddziale chorób wewnętrznych Dra Pruszyńskiego w Warszawie, pozostawiła pytanie to nierozwiązanem. Próba metylenowa posiada jedną bardzo ujemną stronę, a jest nią to, że dokładnie nie daje się wykonać wtedy, gdy w moczu jest białko, a właśnie najczęściej chodzi nam o takie przypadki. (C. d. n.).

III. O postaci zanikowej pierzchnicy płaskiej.
(lichen planus atrophicus).

Napisał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

(Dokończenie)

Badanie drobnowidowe. W celu badania drobnowidowego wycięto dwa kawałki skóry, odpowiadające różnym ogniskom chorobowym, a mianowicie: kawałek z miejsc zabarwionych brunatno i kawałek wysepki z wyraźnemi zmianami zanikowemi. Skrawki utrwalono w płynie Müllera i w większej części zabarwiono błękitem metylowym i hematoksyliną; prócz tego w celu zabarwienia innych używano hematoksyliny, fuksyny kwaśnej i kwasu pikrynowego.

Szczegóły drobnowidowe w głównych zarysach zawierają niewiele tylko cech znamiennych. Warstwa rogowa przyskórka jest wszędzie w zakresie ognisk zanikowych nierównomiernie zgrubiałą *(Fig. II* i *III)*, a w wielu miejscach okazuje znaczne złogi.

Warstwa ta tworzy przeważnie taśmowate jednolite szkliste smugi, które się barwią tylko bardzo słabo *(Fig. III)*. W całym przyskórku znachodzimy nierównomiernie ugrupowany drobnokomórkowy naciek, który miejscami także w górnych warstwach rogowych, a zwłaszcza w najpowierzchowniejszych wykazać można *(Fig. III)*. Warstwy szklistej (*stratum lucidum*) natomiast brak zupełnie w zakresie ognisk zanikowych. Warstwa Malpighiego jest tylko miejscami ścieńczała, zresztą prawidłowej grubości; tylko warstwa komórek ziarnistych okazuje zanik wyraźny, co więcej, wykazać ją można w niewielu tylko preparatach. W zakresie wykwitów pierzchniczych płaskich keratohyalina rozmieszczona jest nierówno i gromadzi się gęściej tylko w obwodowych częściach guzków pierzchniczych. (*Fig. II*). Pod imersyą komórki ziarniste wyglądają często, jakby przypłaszczone lub zgniecione. Natomiast w wale, otaczającym guzek, przyskórek jest prawidłowy w całości, tylko sieć Malphighiego nieco węższą. Komórki warstwy śluzowej *(stratum mucosum)* mają wszędzie kształt kulisty, okrągły; dolne warstwy sieci wypełnia drobnokomórkowy naciek.

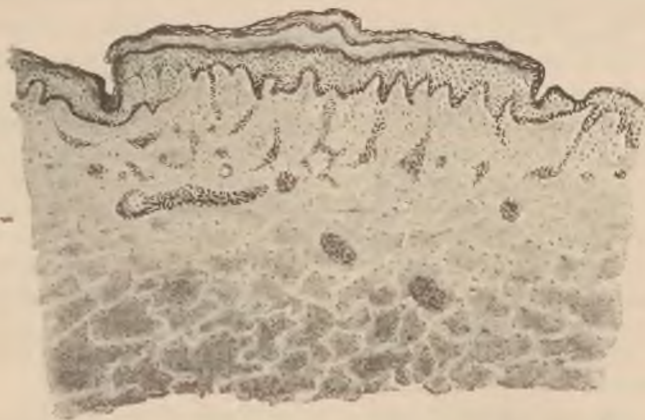


Fig. II.

Brodawek skórnych nie brak nigdzie; są tylko nieco przypłaszczone i to w miejscach zanikiem objętych, ale wszędzie conajmniej wyraźnie zaznaczone. Warstwa podbrodawkowa okazuje dosyć gęste nacieki komórkowe, które gromadzą się jużto wokoło gruczołów, już też wokoło naczyń. W guzkach pierzchniczych przybierają te nacieki postać smug, biegnących wzdłuż naczyń głębiej położonych. Warstwy podbrodawkowe są wogóle ubogie w naczynia włosowate. Komórek tucznych brak. W tkance łącznej podskórnej nic nieprawidłowego. Gruczoły łojowe skąpe.

Tkanka sprężysta górnych warstw ciała brodawkowego jest w zakresie ognisk zanikowych nader słabo rozwinięta, w niektórych miejscach ledwo zaznaczona. Włókna jeszcze utrzymane są delikatne, cienkie, słabo zabarwione i mało pokręcone. W głębszych warstwach skóry zachowanie się tkanki sprężystej zupełnie prawidłowe.



Fig. III.

Co do zawartości barwika dotyczących ognisk, to znachodzimy ziarna jego obficie rozsiane tak w głębszych, podstawowych warstwach sieci Malpighiego, jakoteż w samych brodawkach i warstwie podbrodawkowej skóry. W sieci podstawowej ziarna barwikowe są drobniejsze, mniej więcej ró-

wnomiernie rozsiane, podczas gdy w skórze właściwej grubość ich jest znaczniejszą, a nagromadzenie grupowe, zbite *(Fig. IV)*. Widzi się tutaj wewnątrz i zewnątrz komórek łączno-tkankowych ziarna barwikowe, zlane tu i owdzie ze sobą. Natomiast złogów barwikowych dokoła naczyń nie dostrzegłem nigdzie.

Jeżeli teraz obraz ten porównamy z obrazem drobnowidowym zwykłej pierzchnicy płaskiej, to znajdziemy tu i owdzie wybitne różnice. W typowych guzkach pierzchniczych znachodzimy mianowicie wyraźną akantozę, zwykle w związku z równoczesnym przerostem warstwy keratohyalinowej. To też Unna n. p. przywiązuje większe znaczenie do tej akantozy i obrzęku, aniżeli do tak charakterystycznego nacieku okrągłokomórkowego, który przecie ogólnie uważa się za zmianą tak typową dla pierzchnicy. Nadmierne wytwarzanie się zrogowaciałych warstw kosztem warstwy komórek zębiastych *(stratum dentatum s. spinosum)* jest zwyczajnie oznaką daleko posuniętych zmian, którym odpowiada późniejszy okres kliniczny. Za cechy najbardziej charakterystyczne uważać jednak należy ostre odgraniczenie się guzków pierzchniczych, płasko-wypukłe napięcie naskórka ponad częścią guzka, leżącą w samej skórze i zatarcie odgraniczenia naskórka od skóry. Dolną granicę guzka tworzy



Fig. IV.

zwyczajnie linia, wypukła ku dołowi tak, że cały twór przypomina płaską soczewkę dwuwypukłą. Guzek składa się przeważnie z pasm i komórek łącznotkankowych, dokoła których rozsiana jest pewna ilość komórek okrągłych.

Komórki te przedostają się gdzieniegdzie poza granicę przez naskórek wytworzoną i wnikają w sam naskórek. Wśród nacieku nie znachodzi się włókien sprężystych, nie można też dostrzedz zmian świadczących o zaniku.

Jak więc widzimy, różnice między obrazem drobnowidowym zwykłej pierzchnicy, a przypadkiem, przez nas opisanym, są wcale pokaźne. W naszych preparatach niema nigdzie przerostu warstwy ziarnistej, nie można też nigdzie dopatrzeć się w skórze samej odgraniczenia guzków w sposób wybitny i ostry; nie widzi się też prawie nigdzie znacznego przypłaszczenia granic naskórka wobec skóry, nigdzie chociażby śladów akantozy. W naszych preparatach jest wszędzie sieć Malpighiego prawidłowej szerokości, warstwa komórek ziarnistych częściowo zanikła, wypustki międzybrodawkowe wszędzie wydłużone, a nigdzie nie wyrównane w jedną płaszczyznę. Odgraniczenie guzków w skórze (*Fig. II*) nie jest szczególnie ostre, tylko zaznaczone w zwykły, dość widoczny sposób.

Możemy dostrzedz zupełnie wyraźnie lekką falistość odnośnych części skóry; widzimy też znane przypłaszczone grzybowate wyniosłości, odpowiadające skórnemu podkładowi guzków pierzchniczych, ale typowych ostrych odgraniczeń guzków niema nigdzie.

Znajdujemy za to w tychże preparatach nacieki okrągłokomórkowe, których obfite nagromadzenie w górnych warstwach skóry i w naskórku Pinkus *(Zur Kenntnis des Anfangstadiums des Lichen ruber planus, Arch. f. Dermatolog. u. Syphil. LX)* uważa właśnie za cechę typową i charakterystyczną w histopatologii pierzchnicy. *(Fig. III)*.

Pinkus był, o ile wiem, pierwszym, który uważał nacieczenie skóry właściwej aż do naskórka komórkami ziarnistemi za najważniejszą i najcharakterystyczniejszą histopatologiczną cechę pierzchnicy czerwonej. Badał on zupełnie młode, dopiero poczynające się rozwijać guzki pierzchnicze i znalazł w tem utkaniu guzkowem ciemnoziarniste okrągłokomórkowe nacieki, które w wielu miejscach przekraczały granicę naskórka, zmieniając równocześnie w tych górnych warstwach wejrzenie postaciowe:

„Te ciemnoziarniste komórki okazują pewne różnice wejrzenia. Znaczna ich część, mianowicie w głębszych warstwach, zawiera prawie okrągłe ziarna, tylko tu i owdzie nieco nieregularnie wieloboczne (ale nigdy podłużne), które tak silnie barwią się hematoksyliną, że ledwie gdzieniegdzie dostrzedz można dużą zbitą siatkę, jako zrąb podstawowy. Od strony naskórka, a zwłaszcza na granicy jego i w dalszych jego warstwach, mają te ziarna wejrzenie wydłużonych płatowatych jąder ciałek białych wielojądrzastych, tylko są nieco grubsze i nie okazują nigdzie pasem łączących płatki jądra podobnego do liścia koniczyny. (Jestto prawdopodobnie następstwem utrwalenia. W skrawkach utrwalanych w sublimacie są ciałka białe wielojądrzaste pięknie wydłużone). Ten ich kształt zgadzałby się z opisem, podanym przez Schumachera; jednak zapatrywań jego, odnośnie do rodzaju tych komórek, nie podzielałbym. Widzi się wyraźnie, jak całe pasma tych nacieków zdążają ku obu wspomnianym miejscom naskórka".

W preparatach naszych można wprawdzie widzieć, że komórki naciekowe sięgają aż do najpowierzchowniejszych warstw naskórka, różnic postaciowych jednak między komórkami nacieku skóry właściwej, a komórkami naciekowemi naskórka nie mogłem nigdzie stwierdzić. Pytanie, dotyczące rodzaju tych poszczególnych drobnych komórek naciekowych, rozstrząsano już niejednokrotnie. Dotąd jednak nie rozstrzygnięto jeszcze na pewne, czy komórki te uważać za limfocyty, czy też, jak chce Unna, Pappenheim, za drobne komórki plazmatyczne.

Darier w opisanym przez siebie przypadku pierzchnicy czerwonej płaskiej twardzielowej zauważył w początku cierpienia naciek zarodkowych komórek łącznotkankowych, które później rozwinęły się w tkankę łączną stałą. Konsolidowanie się jej następowe mogło później dać powód do rozszerzenia się warstwy brodawkowej i bliznowatego zaniku.

Spostrzeżenia kliniczne i drobnowidowe każą nam uważać nasz przypadek za pierzchnicę płaską zanikową barwikową *(lichen planus atrophicus pigmentosus)*. Jest on zupełnie podobny do przypadku, który ogłosili Gancher, Barbe Balli w r. 1895. Nie możemy też uważać go za końcowy okres zwykłej pierzchnicy płaskiej z wytwarzaniem barwika; owszem pojmować go należy, jako całkiem odrębną

postać pierzchnicy, jako osobny rodzaj choroby skórnej z samego zaraz początku, wiodącej do zaniku i silnego wytwarzania barwika.

Niestety przypadek nasz nie może równocześnie choćby częściowo rozświetlić przyczynowości w ogólnej patogenezie pierzchnic. Wielu autorów skłania się do przyjęcia przyczyn nerwowych. My jednak w tym kierunku nie możemy wykazać żadnych pewniejszych danych, bo w przypadku naszym ani żadne schorzenie układu nerwowego, ani też jego osłabienie nie poprzedzało wybuchu choroby, a w późniejszym jej przebiegu także nic podobnego nie było można wykazać. Do przyjęcia teoryi pasorzytniczej nie uprawnia znów ani kliniczne spostrzeganie chorego, ani drobnowidowe badanie tkanek. Co się tyczy klinicznego rozpoznania przypadku, to obraz chorobowy był tak charakterystyczny, że jakkolwiek wykwitów pierwotnych było bardzo mało i jakkolwiek miałem dotąd sposobność raz tylko i to przed laty widzieć jeden jedyny przypadek tej zanikowej postaci pierzchnicy, to mimo to nie wahałem się ani chwili uznać choroby za pierzchnicę zanikową barwikową *(lichen atrophicus pigmentosus)*. Poszczególne ogniska pierzchnicze, podzielone na pola marskie i zanikowe, białawe plamy przypominające rysunkiem draperye i ułożone w mozaikę, a przytem liczne miejsca przebarwione, ułatwiają rozpoznanie. Potwierdza je jeszcze bardziej sam przebieg choroby, brak wszelkiego silniejszego swędzenia, sączenia i pęcherzyków. W wielu z piśmiennictwa znanych przypadkach ostateczne rozpoznanie opierano dopiero na równoczesnem zajęciu guzkami pierzchniczymi i błony śluzowej ust. W naszym przypadku błony śluzowe były wolne, ale za to zmiany na skórze były tak typowe, że istotnie nie wiem, z jaką inną chorobą możnaby ten przypadek pomieszać. Typowe występowanie ognisk chorobowych, charakterystyczne zmiany barwikowe, a przedewszystkiem wytwarzanie zaniku mogłoby przypominać nieco tylko *parakeratosis variegata* Unny i istotnie w ostatnich czasach znaleźli się autorowie, którzy chcą uważać za jedno i ową parakeratozę Unny i tę zanikową postać pierzchnicy.

Skutków leczenia w dotychczasowej obserwacyi nie mogliśmy zauważyć. Podawanie arsenu powstrzymywało tylko powstawanie nowych guzków pierzchniczych. Pacyentowi chodziło raczej o względy kosmetyczne. Zastosowane w tym celu środki, mające sprowadzić odbarwienie poszczególnych ognisk, pozostały niestety bez wyraźniejszego wyniku lub co najwyżej przejściowe tylko miały znaczenie.

Piśmiennictwo. 1) Besnier: Congres international de dermatologie. (Paris 1889). — 2) Breda: Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber. (Archiv f. Dermatolog. XLIII). — 3) Brocq: Traitemant de maladies de la peau, 1890. 4 Brocq: La pratique d rmatologique. Paris, 1902. — 5) Darier: Lichen plan sclereux. (Annales de dermat.. 1892) — 6) Düring: Lichen neuroticus u. Pityriasis rubra pilaris. (Monatshefte für Dermatolog, 1895). — 7) Gaucher, Barbe u. Balli: Lichen plan atrophique pigmenté. (Annal. de dermatologie, 1895). — 8) Hallopeau: Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophique (Annal de derm, 1887). — 9) Hallopeau. Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. (Annales de dermat, 1896). — 10) Hallopeau: Sur un lichen en nappe. (Annales de derm., 1890). — 11) Jarisch: Hautkrankheiten. (Wien, 1900). 12) Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899. — 13) Neisser. Krankheiten der Haut. (Stuttgardt, 1901). — 14) Orback: Lichen atrophicus und Vitilligo. (Arch. f. Dermatologie L.). — 15) Pincus: Zur Kenntniss des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus. (Arch. f. Dermatologie LX. 1902). — 16) Róna: Weitere Beiträge zur Lehre des Lichen ruber. (Monatshefte f. Dermat, 1889, VIII). 17) Schwimmer: Lichen ruber planus atrophicus. (Arch. f. Dermatologie. 1895, XXXIII). — 18) Stowers: Lichen planus atrophicus. (Third international Congress of derm. London, 1896). — 19) Unna: Die Histopathologie der Hautkranheiten, 1894. — 20) Unna: Lichen annularis universalis. (Atlas seltener Hautkrankheiten, XIV, 1899). — 21) Vinrace: Lichen planus atrophicus. (Third internat. congress of dermat. London, 1896. — 22) Zarubin: Ueber atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus. (Arch. f. Dermat. LVIII).

IV. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Do dalszej grupy czynników biernych mechanizmu 3-go okresu, należą fizyologiczne zwężenia przewodu rodnego niewiasty: 1) okolica pierścienia skurczowego, zawierająca na powierzchni wewnętrznej mięsień okrężny, stanowi dla obsuwania się popłodu w 3-cim okresie przeszkodę dla tego, iż w czasie stanów skurczowych mięśni macicy usiłuje zamknąć jamę trzonu i dna od jamy dolnego odcinka; 2) ujście zewnętrzne i wewnętrzne szyi, równie jak i 3) ujście zewnętrzne pochwy mają skłonność do ściągania się według prawideł połogu. Skoro popłód w czasie trwania 3-go okresu nie dość szybko się obsuwa ku dołowi, ściągnięcie się wyżej wspomnianych zwężeń przewodu rodnego może postąpić mniej lub więcej znacznie tak, że czynniki wydalające popłód muszą dopiero porozszerzać te zwężenia w analogiczny sposób, jak to czyni główka płodu. Zależnie więc od stopnia ściągnięcia owych miejsc przewodu rodnego, a z drugiej strony od wielkości popłodu i siły czynników wydalających, przeszkoda dla wydalenia się popłodu będzie mniej lub więcej znaczną.

Rolę i znaczenie wyżej wyliczonych czynników biernych przedstawiłem bliżej w pracy pod tyt. „Przebieg kliniczny 3-go okresu“, drukowanej w „Przeglądzie lek.“ z r. 1903, Nr. 34, 35, 36. Pominięte szczegóły uwzględnię poniżej przy omówieniu hipotezy 2-go okresu.

Obecnie przechodzę do 2-ej grupy czynników mechanizmu, mianowicie powodujących odklejenie się i wydalenie popłodu. Tu należą: 1) Skurcze macicy w 3 cim okresie porodu, t. j. początkowy tężec, a w dalszym przebiegu skurcze okresowe. 2) Parcie niewiasty. 3) Krwiak. 4) Ściąganie się macicy. Czynniki pod 1, 2, 3 przedstawiłem w wyżej ogłoszonej mej pracy pod tyt. „Przebieg kliniczny 3-go okresu“; tu pozostaje mi bliżej zastanowić się nad znaczeniem 4-go czynnika, t. j. ściągania się macicy.

Macica w ostatnim miesiącu ciąży przedstawia się jako worek mięsny, okryty otrzewną, o ścianach wiotkich, względnie cienkich, albowiem grubość ta od szczytu dna aż do okolicy pierścienia skurczowego, t. j. do linii silnego przyczepu otrzewnej i miejsca występowania naczyń okrężnych macicy waha się w granicach od 4 do 8-miu milimetrów, począwszy zaś od tego miejsca ku ujściu wewnętrznemu szyi, ściana dolnego odcinka cieńczeje do 4 mm. Kształt jamy macicy, w czasie gdy bólu niema, jest zmienny, a zależy poprostu od miejsca w jamie brzusznej. W czasie zaś skurczu kształt jamy macicy staje się albo kulistym (u wieloródek), albo jajowatym (u pierwiastek).

Długość 3-ch osi macicy waha się między 23 a 25 ctm. Przedstawiając sobie jamę macicy jako kulę, w przybliżeniu możemy z tych danych obliczyć wewnętrzną jej powierzchnię. Równa się ona 1700 ctm.^{2}. Wielkość obwodu

72 ctm., wielkość łuku od szczytu dna do ujścia wewnętrznego szyi = 36 ctm. Okolica pierścienia skurczowego leży w wysokości 5 do 8 ctm. nad ujściem wewnętrznem szyi. Jeżeli przyjmiemy średnicę łożyska = 18—20 ctm., to widzimy, że zajmie ona przeszło połowę łuku, a błony zajmą resztę niezajętych 18—16 ctm. łuku, oraz resztę powierzchni.

Jeżeli jamę macicy opróżnimy z płodu, wód, oraz popłodu, to macica natychmiast ściąga się (retrahuje), przybierając kształty macicy pierwszych chwil połogu. Macica w pierwszych chwilach połogu przedstawia narząd mięsisty, okryty otrzewną, wyścielony w 2-ch górnych częściach rozdartą deciduą, zaś w dolnej 3-ciej części błoną śluzową nienaruszoną (z wyjątkiem przypadkowych zdarć przybłonka), składający się z 2-ch ścian przedniej i tylnej, łączących się z sobą w krawędziach i dnie tak, że ściśle rzecz biorąc, jamy macicy niema, jest tylko szpara płaska, przedstawiająca się na przekroju podłużnym macicy w kształcie linii. Razem ściany te tworzą ciało spłaszczone od przodu ku tyłowi, na którem wyróżnić możemy powierzchnie: przednią, tylną, dwie boczne i dno. Powierzchnia przednia jest płaską, tylna wypukła. Wypukłość tylnej powierzchni nie zależy od większej grubości tylnej ściany, ale od tego, że ściana tylna jest większa niż przednia, tworzy wklęsłość, w którą zaadoptowuje się ściana przednia.

W dwu przypadkach przezemnie badanych znalazłem wymiary następujące: grubość ścian 1) w dnie: $\frac{2}{2}$ ctm. 2) na granicy dna i trzonu $\frac{2}{2^1/_2}$ ctm., w środku trzonu $\frac{2}{3}$ ctm. w środku okolicy pierścienia skurczowego $\frac{1^1/_2}{1^1/_2}$ ctm. Długość 2-ch osi jamy (bo trzecia = 0): 1) od dna do najgrubszej części mięśnia okrężnego, czyli środka okolicy pierścienia skurczowego = 13 ctm 2) Szerokość jamy mierzona *a*) od ujścia obu trąbek = 8 ctm., *b)* w środku trzonu = 7 ctm., *c*) w środku okolicy pierścienia skurczowego = 8 ctm. 3) Promień powierzchni dna (które tworzą dwa półkola) = 4 ctm. Długość dolnego odcinka, mierzona od środka okolicy pierścienia skurczowego do ujścia wewn. szyi = 5 ctm. Z wymiarów powyższych możemy obliczyć wielkość powierzchni wewn. macicy pierwszych chwil połogu = 310 ctm.^{2}. Miejsce łożyskowe, najczęściej umiejscowione na przedniej lub tylnej powierzchni trzonu macicy (np. w moich 2-ch przypadkach), jest albo owalne, albo okrągłe. Wymiary miejsca łożyskowego owalnego w jednym z moich przypadków były: oś długa = 11 ctm., szeroka = 6 ctm. W drugim zaś o kształcie nieregularnego koła o średnicy = 8 ctm. Z wymiarów powyższych obliczona powierzchnia = 48 ctm.^{2}. Jeżeli przyjmiemy zaś, że łożysko okrągłe o średnicy 15 ctm. ma powierzchnię = 250 ctm.^{2} i jeżeli przyjmiemy, że w ciąży powierzchnia miejsca łożyskowego = powierzchni łożyska, to widzimy, że maksymalnie ściągnięte miejsce łożyskowe skraca swe osie przeszło 2 razy, a powierzchnię redukuje 5 razy. Miejsce łożyskowe, maksymalnie ściągnięte, odznacza się nierównością, albowiem usiane jest brodawkami mięsnemi, okrytemi, strzępiastą błoną doczesną następową. Granicę miejsca łożyskowego od reszty gładkiej powierzchni macicy stanowi lekki wał, którego jeden stok w kierunku reszty macicy jest mało spadzisty, gładki, drugi zaś w kierunku miejsca łożyskowego więcej spadzisty, nierówny, bo okryty brodawkami mięsnymi. Przekrój ściany macicy przez miejsce łożyskowe, natrafia na naczynia przeważnie żylne, przebiegające w rozmaitych kierunkach, w przeciwieństwie do reszty muskulatury macicy, która jest w naczynia ubogą.

To porównanie anatomii makroskopowej macicy ciężarnej z macicą pierwszych chwil połogu demonstruje nam naocznie fakt, że macica obok zdolności do skurczów okresowych i tężcowych, co jest łatwo zrozumiałem wobec budowy złożonej z włókien mięsnych, posiada także szczególniejszą zdolność ściągania się. Obserwacya kliniczna ostatnich chwil 2-go okresu porodu, oraz obserwacya cięcia cesarskiego przekonywa nas, że ściąganie się to następować może bez stanu skurczowego mięśni macicy. A więc już proste zastanowienie się musi nas doprowadzić do przekonania, że ściąganie się macicy, to nie zmiana kształtów mięśnia, będącego w stanie czynnym.

Na czemże to zjawisko polega?

Analogiczną własność ściągania się, podobnie jak macica ciężarna, mają balony z gumy elastycznej. Jeżeli np. kolpeurynter wypełnimy szczelnie wodą, wtedy powiększy on znacznie swą objętość, ściana jego ścieńczeje, wyciągnie się, ale co najważniejsza, napnie się, a napięcie to ścian będzie tem większe, im większą jest objętość wprowadzonej wody. Napięcie to ścian (w myśl prawa fizycznego akcya równa jest reakcyi) udziela się płynowi, zawartemu wewnątrz tak, iż napięcie płynu dałoby się manometrem wymierzyć. Gdybyśmy taki balon rozkroili, płyn tryśnie, a ściany zwolnione z nacisku wrócą do swej pierwotnej grubości.

Gdyby zjawiska spostrzegane na macicy ciężarnej zupełnie odpowiadały owemu przykładowi fizycznemu, mielibyśmy oczywistą przyczynę ściągania się macicy, przyjąwszy, iż tkanki, składające ścianę macicy, zachowują się, jak błona elastyczna. Obserwacya przedmiotowa atoli wykazuje poważne różnice, które nakazują nam gdzieindziej szukać przyczyny ściągania się macicy. I tak: gdybyśmy zrobili worek z nitek gumowych o analogicznym przebiegu włókien, jaki spotykamy w macicy pierwszych chwil połogu i worek ten chcieli wydąć zapomocą wody do wielkości macicy w końcu ciąży, to choćby guma ta była najrozciąglejszą, musielibyśmy użyć znacznego ciśnienia, które napięłoby bardzo znacznie powierzchnię sztucznej macicy. Tymczasem powszechnie znanym jest fakt, że macica w końcu ciąży, albo podczas porodu w czasie przerwy między bólami, jest zupełnie wiotkim, flakowatym workiem mięsnym.

Przy sposobności cięcia cesarskiego przekonywamy się, że macica, wytoczona po rozkrojeniu powłok brzusznych na zewnątrz, w razie braku bólu wygląda jak duży balon wiotki, niezbyt szczelnie wypełniony wodą. Skoro przeprowadzimy cięcie przez ścianę macicy, rana rozwiera się, a macica po wylaniu się wód płodowych i wydobyciu płodu, nawet bez wyjęcia popłodu, natychmiast przybiera postać macicy połogowej. Odbywa się to w sposób delikatny, jakby kto składał wachlarz, albo sfałdowalną lampę papierową, a nie przecinał silnie napięty pęcherz gumowy.

Porównania z wachlarzem i lampą papierową użyłem rozmyślnie. Zobaczmy, czy i ta analogia może nam posłużyć do objaśnienia zjawisk, spostrzeganych na macicy. Weźmy balon sfałdowalny, składany i wypełniajmy go zwolna wodą,

to dopóki on może zwiększać swoją pojemność, a fałdy mogą się rozkładać, ściany jego nie ulegną napięciu. Z chwilą atoli, gdy fałdy się wyrównały, a będziemy wprowadzać jeszcze więcej płynu, składany ten balon natychmiast przyjmie własności worka elastycznego. Jeżeli balon ten będziemy opróżniać, to bez najmniejszej trudności będzie się fałdować, aż się całkowicie sfałduje, a jama jego zniknie.

Analogia z macicą bardzo uderzająca i tłómaczyłaby nam wybornie fizyologiczną wiotkość ścian w końcu ciąży, oraz podczas porodu w czasie przerwy między bólami, napięcie ścian macicy w czasie „hydramnios acutus“, zwijanie się natychmiastowe macicy w miarę opróżniania się jamy macicy choćby częściowego; trzebaby tylko przyjąć, że włókna mięsne, składające ścianę macicy, nie są bynajmniej wyciągnięte, ale tylko przemieszczone w końcu ciąży tak, żeby mogły utworzyć odpowiednio wielką powierzchnię wewnętrzną macicy, którąby wystarczyła do pomieszczenia płodu, wód i popłodu. Dalej: że przemieszczenie to włókien mięsnych, w czasie zmniejszenia się objętości treści może się bez trudności zmienić, nawet bez działania skurczów muskulatury, że do tego wystarczy już sama elastyczność otrzewnej, oraz ciśnienie śródbrzuszne w razie parcia niewiasty. Naturalnie, że głównym czynnikiem, składającym macicę, są stany skurczowe jej muskulatury. Nareszcie, że droga, którą przebywa dane włókno mięsne w macicy w końcu ciąży, aż się znajdzie w tem położeniu, jakie zajmuje w macicy pierwszych chwil połogu, jest stałą i niezmienną, bo układ włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu jest identyczny i w przypadkach cięć cesarskich, wykonanych w czasie ciąży, i w przypadkach, gdzie wśród porodu macica energicznie pracowała tak, iż pękła.

Analogia ze składanym balonem nieelastycznym byłaby zupełną, gdyby nie jedna okoliczność: mianowicie balon składany możemy dowolnie zwijać i rozwijać, tymczasem macica raz zwinięta, choćby do pewnego tylko stopnia, z trudnością daje się rozwinąć do pierwotnej wielkości, i gdy to rozwinięcie staramy się wykonać, zachowuje się przez pewien przeciąg czasu jak worek elastyczny.

Najłatwiej o tym fakcie przekonać się możemy, zamierzając w pierwszych chwilach połogu wprowadzić rękę do jamy trzonu macicy, niebędącej w skurczu, n. p. w celu wydobycia błon lub resztek łożyska, albo też w czasie 3-go okresu, w celu odklejenia i wydobycia łożyska całkowicie przyklejonego. Wprowadziwszy rękę do pochwy i przytrzymawszy sobie drugą ręką dno macicy, przekonywamy się, że 4 palce na płask ułożone z łatwością możemy wprowadzić poza pierścień skurczowy do jamy trzonu, piąty palec (wielki) wprowadza się już z trudnością, choćby nawet skurczu macicy nie było; ściągnięta bowiem okolica pierścienia skurczowego musi się dopiero stopniowo rozszerzyć. Zazwyczaj przy tem mechanicznem rozszerzaniu okolicy pierścienia skurczowego wskutek podrażnienia występuje skurcz muskulatury. W czasie skurczu mięsień okrężny okolicy pierścienia skurczowego obciska się około palców badających, przyczem często ma się takie wrażenie, jakby usta schwyciły rękę i nie pozwoliły na dalsze wprowadzanie pięści do jamy trzonu. Skurcz ten trzeba przeczekać. W czasie ustania bólu wprowadzamy zwolna partyami całą rękę, nagle zwykle wprowadzić się nie udaje, co chwila bowiem przeszkadza temu występujący skurcz macicy. Pięść w jamie macicy po pewnej chwili swobodnie się porusza, albowiem ściany trzonu macicy obecnie się rozprzestrzeniły, rozwinęły, czyli ściąganie się jej częściowo ustąpiło.

Obserwacya powyższa daje nam wytłómaczenie faktu, czemu macica łatwo się ściąga, ale ściągnięta trudno się rozwija, przyczem zachowuje się przez pewien czas, jak worek elastyczny. Odgrywają tu rolę 2 następujące czynniki: 1) skurcze muskulatury, które natychmiast zjawiają się (skoro tylko pobudliwość macicy jest prawidłową), gdy jakikolwiek czynnik usiłuje ściągniętą macicę rozwinąć. Skurcze te mają za zadanie wydalić przyczynę, wywołującą rozciąganie macicy. Skoro atoli przeczeka się działanie skurczu, to macica, nie mogąc wydalić ciała obcego, po pewnym czasie grupuje tak swoje pierwiastki, aby go módz pomieścić w swej jamie. Gdy atoli nowy dodatek chcemy wprowadzić do istniejącego ciała, macica na nowo oddziaływa nowym skurczem. 2) Nie tylko same skurcze muskulatury przeszkadzają rozwijaniu się ściągniętej macicy, owszem musimy przyjąć, że istnieje tu pewien rodzaj biernego oporu, który przy wachlarzu, czy balonie składanym nazwalibyśmy tarciem, tu zaś nazwijmy go nierozciągliwością w nowe położenie zgrupowanych składników ściany macicy, jako to: tkanki łącznej międzymięśniowej, samej tkanki mięsnej, elastycznej otrzewnej, naczyń itd. Że tak jest i że tego biernego oporu pominąć nie można, dowodzi tak samo przeprowadzone doświadczenie jakie opisaliśmy na kobiecie żywej, na macicy połogowej, wyciętej w ustroju w czasie cięcia cesarskiego, a więc gdzie muskulatura obumarła i stała się niezdolną do skurczów. I tu trzeba zwolna rozszerzać jamę macicy, chcąc do niej całą pięść wprowadzić. Po wprowadzeniu pięści atoli przekonywujemy się, że ściany macicy są wiotkie, czyli że elastyczność tkanin odgrywa przy ściąganiu się macicy minimalną rolę.

Zdolność macicy do ściągania się wraz ze zdolnością do skurczów jej muskulatury wywołuje w czasie skurczu efekt taki, jakby ściany macicy były zrobione z materyału elastycznego, t. j. po rozciągnięciu wracały do pierwotnego swego położenia i grubości z pewną siłą. Oczywiście przy napiętym pęcherzu gumowym siła skurczu jest największą na początku, a w miarę postępu ściągania się maleje, tu zaś zrazu jest słaba, narasta wraz z narastaniem bolu, największą zaś jest na szczycie bolu, aby później powoli spaść do 0. Ze względu na ostateczny cel ściągania się i skurczów macicy ma ona tę cenną zaletę, że składa się bardzo łatwo, a składanie to odbywa się na szczycie bolu ze znaczną siłą; natomiast raz zwinięta, choćby tylko do pewnego punktu, rozwija się trudno. Jestto mechanizm, który możnaby przyrównać do mechanizmu zatrzasków.

Aby tem głębiej wniknąć w istotę ściągania się macicy, zapytajmy się, czy mamy w ustroju narządy, któreby przedstawiały analogiczną zdolność do ściągania się, jak macica ciężarna? Szukajmy między narządami o analogicznej budowie anatomicznej, jak macica. Znachodzimy pęcherz moczowy wypełniony moczem, albo pusty, oraz serce. Pęcherz moczowy w stanie pustym jest znikomo małym narządem w porównaniu do stanu swego wypełnienia. I on, podobnie jak macica, wypełniony moczem w granicach fizyologicznych, ma ściany wiotkie, nie napięte; tu dopiero skurcz muskulatury nadaje jego ścianom własności napiętego worka elastycznego. Analogię w funkcyi możnaby jeszcze dalej przedłużać.

Zupełnie inaczej natomiast zachowuje się serce, jakkolwiek i ten narząd anatomicznie przypomina macicę; jest ono bowiem narządem mięsistym z jamą, wyścieloną śródbłonkiem, okrytym błoną osierdziową, zdolnym do skurczów okresowych i tężcowych. Serce niema zdolności do ściągania się takiego, jak macica lub pęcherz moczowy. Zmiany kształtu i pojemności jam serca, wywołane skurczem muskulatury, po ustaniu skurczu wyrównują się do tych samych wymiarów i kształtów, jakie były w czasie rozkurczu. W sercu w czasie ustania skurczu przez pewien czas istnieje parcie ujemne. Włókna mięsne ścian serca, przemieszczone w czasie skurczu, wracają, jak z napięcia zwolniona sprężyna elastyczna, w pierwotne swe położenie. (Patrz „Fizyologia“ Cybulskiego). (D. nast).

V. Wyciągi.

Orłowski Witold. **O autointoksykacyi ustroju kwasami, jako czynniku przyczynowym w patologii chorób wewnętrznych, zwłaszcza w mocznicy.** (*Centralbl. für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* Nr. 5, 1902). Zapatrywanie, wypowiedziane pierwszy raz przez Jakscha, o samozatruciu ustroju kwasami, jako przyczynie mocznicy, utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Teoryę swoją oparł Jaksch na podstawie badań krwi, które stale wykazywały obniżenie jej zasadowości. Orłowski powątpiewa o ścisłości tego zapatrywania, gdyż na obniżenie zasadowości krwi mogą wpływać prócz zatrucia kwasami także inne czynniki: rozcieńczenie krwi, zmniejszenie liczby krwinek czerwonych, nośników przeważnej części zasad krwi i wreszcie spółczesne istnienie wszystkich tych trzech czynników. Autorowi chodzi o wykazanie, która z przyczyn tych gra rolę w mocznicy. Badania krwi przeprowadził w ten sposób, że obok oznaczenia alkalescencyi krwi obliczał liczbę krwinek u psów, u których wywołał mocznicę przez podwiązanie moczowodów, oraz u ludzi chorych na przewlekłe zapalenie nerek z objawami mocznicy; krew badał przed, w czasie napadu i po nim. W czasie napadów znachodził stale nieznaczne obniżenie liczby krwinek czerwonych, co dowodzi rozcieńczenia krwi i znaczniejszego zmniejszenia się jej zasadowości, niżby to odpowiadało jej rozcieńczeniu. Zatem obok rozcieńczenia występuje nagromadzenie produktów kwaśnych we krwi. Jednak obniżenie zasadowości nigdy, co do czasu, nie szło równolegle z nasileniem objawów mocznicowych. Zrazu, lubo objawy zatrucia mocznicowego istniały w całej pełni, zasadowość nieznacznie była obniżoną. Wnioskuje ztąd autor, że mocznicę wywołuje nie nagromadzenie kwasów we krwi, lecz nieznana nam dotąd przyczyna; zaś spadek zasadowości jest tylko objawem, towarzyszącym mocznicy, nie mającym z nią związku przyczynowego. Jako dalsze dowody swego twierdzenia przytacza Orłowski, że leczenie alkaliczne nie daje wyniku, że w przypadkach, w których pilokarpina przynosiła poprawę stanu chorych mocznicowych, zasadowość krwi wznosiła się bardzo mało odpowiednio do swego zagęszczenia wskutek utraty części płynnych przez poty. Zapewne jako następstwo specyalnego narządu regulującego utrzymuje się zasadowość osocza u człowieka zdrowego i chorego na jednakiej wyżynie. Wyjątek stanowią prócz mocznicy: ciężka cukrzyca, charłactwo rakowe, oraz zapalenie płuc ze zejściem śmiertelnem. Gdyby nagromadzenie ciał kwaśnych, samo, jako takie, wywoływało objawy mocznicowe, musiałyby one też mieć miejsce śród wymienionych stanów chorobowych, gdzie, jak w raku lub cukrzycy, obniżenie zasadowości może wynosi 67%, było znaczniejszem, niż w przypadkach mocznicy, badanych przez autora. W dalszym ciągu wykazuje autor kruchość podstaw, na których budowano teoryę samozatrucia ustroju kwasami. Aby fakt samozatrucia wykazać, żądali zwolennicy tej teoryi stwierdzenia następujących faktów: 1. obniżenia zasadowości krwi; 2. zwiększenia we krwi i moczu ilości soli amonowych; 3. zwiększenia wydzielania sodu i potasu; 4. zwiększenia wydzielanego z moczem azotu; 5. podwyższenia kwasoty moczu wskutek większej ilości kwasu fosforowego, siarkowego, solnego; 6. występowania acetonu, kwasu octoilo-octowego i β-oksymasłowego w moczu; 7. dodatniego wpływu leczenia zasadami. Jedni z autorów wymagają udowodnienia wszystkich wyliczonych punktów, przeważna zaś część zadowalnia się wykazaniem kilku z nich. Tymczasem, jak już autor wykazał, obniżenie zasadowości nie dowodzi zatrucia kwasami. Zwiększenie ilości wydzielanych amoniaku, sodu, potasu, zwiększenie kwasoty, wszystko to są przejawy czynności narządu, którego zadaniem utrzymanie zasadowości krwi na tymże stało stopniu, są to akty samoobrony ustroju, gdzie daleko jeszcze do zatrucia. Dowodem, że ludzie, na których Limbeck robił tego rodzaju doświadczenia i u których te objawy znachodził, niczem nie zdradzali jakiegoś stanu chorobowego; podczas gdy Walter, który stopień zatrucia spotęgował, spostrzegał zmiany, przypominające śpiączkę cukrzycą, ustępujące przy podaniu zasad. Do innych objawów, podawanych jako cechy samozatrucia kwasami, zaliczyć należy obecność acetonu i kwasu octoilo-octowego, która dowodzi znacznego zaburzenia w przemianie materyi, które ma miejsce w najróżnorodniejszych schorzeniach. Podobnie ma się rzecz ze zwiększeniem azotu. Jedynie wystąpienie kwasu β-oksymasłowego ma znaczenie, gdyż, zdaje się, występuje on w wielkich ilościach tylko w ciężkich postaciach cukrzycy i w śpiączce cukrzycej. Gdzie więc mamy ten objaw, a leczenie alkaliczne skutkuje, można mówić o zatruciu ustroju kwasami. Jedno i drugie stwierdzono tylko dotychczas w śpiączce cukrzycej. Dotychczasowe tłómaczenie różnych stanów chorobowych zatruciem kwasami: w mocznicy, charłactwie, stanach gorączkowych, niedokrewności, pewnych postaciach nieżytów żołądkowo-kiszkowych u dzieci, tem samem upada. *Orzechowski.*

J. Feinschmidt. **Czy komórki zwierzęce zawierają ferment glikolityczny?** (*Fortschritte der Medizin.* Tom 21, str. 729, 1903). Istnienie fermentu rozkładającego cukier, wykryte we krwi przez Lépinca, w narządach przez Blumenthala, podawano z pewnych stron w wątpliwość. Autor uzyskał z trzustki, wątroby i mięśni sok wytłoczynowy, posiadający w wysokim stopniu własność rozkładania cukru. Przy doświadczeniach przestrzegano starannie jałowości płynów. Mały dodatek chloroformu, względnie toluolu, wyjaławiał mieszaninę soku wytłoczynowego z narządu i cukru, nie powstrzymując procesu glikolizy. W atmosferze wodoru okazywała się glikoliza energiczniejszą, niż w warunkach prawidłowego oddechania. Poczynała się glikoliza dopiero w 3 do 6 godzin od początku doświadczenia, a w przebiegu jej powstawał bezwodnik węglowy, alkohol w zmiennej ilości i kwasy. Zapomocą mieszaniny alkoholu i eteru udało się autorowi wyosobnić czynny ferment, przyczem się okazało, że działał on energiczniej od soku, wytłoczonego z narządów. *Orzechowski.*

Jung. **Doświadczenia przy leczeniu spraw ropnych przydatków macicy i tkanki łącznej w miednicy.** (*Archiv für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 1, 1903) Kwestya leczenia spraw ropnych w miednicy kobiecej nie jest jeszcze jasną tak ze względu na wskazania, jak i na technikę postępowania. Jedni usuwają wraz z chorymi przydatkami i macicę, jako źródło dalszych przypadłości, inni ograniczają się tylko do wyjęcia części zajętych; jedni operują przez jamę brzuszną, drudzy przez pochwę. Prawie wszyscy ginekologowie zgodnie zauważyli, że otrzymana ropa jest w 50% jałową, a w 50% zawiera dwoinki Neisserowskie (gonokoki), rzadko tylko inne bakterye; śmiertelność przypadków operowanych wynosi przeciętnie 8%; autor spostrzegał 134 przypadków ropni miednicowych, z których 117 leczono operacyjnie, 17 zaś zachowawczo. Z operowanych umarło 24 = 20·5%, liczba bardzo wysoka w porównaniu z 8% u innych. Po wykluczeniu błędów, mogących powstać z odmiennych wskazań, lub w technice, sądzi autor, że przyczyna tak różnych wyników leży w doborze materyału klinicznego. Podczas gdy materyał, którym autor rozporządza, składa się głównie z ludności wiejskiej, statystyki inne opierają się na materyale z miast wielkich, a że ten jest inny, wykazują już wprost przeciwne wyniki badania ropy. Ta była tylko 15 razy jałową, a 12 razy zawierała gonokoki, najczęściej zaś znajdowano gronkowce i łańcuszkowce (35·8%) i bakterye gruźlicze (24·6%). Podczas więc gdy w miastach wielkich sprawy ropne w miednicy kobiet należy odnieść przeważnie do zakażenia rzeżączkowego, u kobiet wiejskich idzie głównie o sprawy posocznicze, nabyte w pologach, oraz gruźlicze. Nic też dziwnego, że przy tej samej technice operacyjnej wyniki autora są gorsze, jużto z powodu rozlania się takiej ropy na otrzewnę, jużto z powodu innych ciężkich powikłań gruźliczych w całym ustroju. Z tego powodu i ze względu na wcale dobre wyniki leczenia zachowawczego radzi autor przy doborze materyału, składającego się z ludności wiejskiej, ograniczyć się tylko do nacięcia drogą pochwy, wypuszczenia ropy i sączkowania z zastosowaniem leczenia następowego, polegającego na stosowaniu gorąca, kąpieli, przestrzykiwań, gorącego powietrza i środków wsysających, jak ichtyol, jod. Sposób ten ma te strony ujemne, że nie daje jasnego obrazu o stosunkach istniejących w miednicy, że skutkiem tego nieraz nie opróżni się wszystkich ognisk ropnych i naraża chorą na nawroty; nadto mogą pozostać blizny, przewlekłe zapalenia tkanki przymacicznej, które czasem powodują niemniej ciężkie

przypadłości, aniżeli cierpienie pierwotne. Zaletą zaś wielką tej metody jest to, że zachowuje cały narząd rodny i jego czynności, a tem samem chroni kobiety od owych ciężkich przypadłości, występujących przy przedwczesnem ustawaniu miesiączki. Dłużej zatrzymuje się autor nad gruźlicą części rodnych, której rozpoznanie pewne rzadko jest możliwe, zwykle tylko prawdopodobne. Tylko w przypadkach gruźlicy, ograniczonej do części rodnych, można się kusić o operacyę doszczętną, chociaż i tu zdarza się, że dopiero po operacyi wybucha ogólna gruźlica prosówkowa. Przy równoczesnej gruźlicy otrzewnej należy się ograniczyć do wypuszczenia płynu przesączynowego drogą pochwy. Postępując według tych zasad, otrzymał autor znacznie lepsze wyniki, aniżeli postępowaniem doszczętnem, przynajmniej ze względu na odsetek śmiertelności.

Dr. E. Ehrenpreis.

Menzer: **Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej znaczenie dla człowieka.** (*Münch. med. Wochensch.* Nr. 25, 1903). Praca ta daje się ująć w następujących punktach: 1) Działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, tak w doświadczeniach na zwierzętach, jako też i u człowieka, polega na wywoływaniu fagocytozy, przez co ustrój ludzki musi wziąść na siebie najważniejszą pracę w walce z paciorkowcem. Jeśli temu podołać nie może, naenczas zastosowanie surowicy jest bezowocne. 2. Pominąwszy już zniszczenie drobnoustrojów, które sprawę chorobową wywołały, musi ustrój usunąć niejako z pola walki padłe drobnoustroje i komórki przez wessanie. W przypadkach, gdzie przychodzi do zamkniętego nagromadzenia ropy, surowica jest bez zabiegu operacyjnego przeciwwskazana, gdyż zwiększa jeszcze wessanie trujących, ropnych substancyi. 3. Surowica w wysokich dawkach może dać w przypadkach rozpoczynającego się ostrego zakażenia paciorkowcami bardzo dobre wyniki. 4. W leczeniu ludzkich zakażeń paciorkowcowych działa tylko surowica, która jest sporządzoną z paciorkowców świeżo z człowieka wyhodowanych. 5. Dotychczasowe próby nad surowicą przeciwpaciorkowcową na zwierzęciu nie pozwalają ocenić jej siły leczniczej w stosunku do człowieka. Tymczasowo w braku lepszego sposobu próbowania zadziałanie na człowieka musi pozostać jedyną miarą.

B. Żmigród.

Hahn. **Obecny stan i wyniki zachowawczego i operacyjnego leczenia zapalnych schorzeń przydatków.** (*Wiener med. Presse* Nr. 30 i 31, 1903). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1. Nakłucie jest dobrym pomocniczym środkiem dla stwierdzenia, czy wogóle jest ropa i jaka, ale rzadko tylko daje się zastosować, jako zabieg leczniczy. 2. Nacięcie od strony pochwy jest operacyą tylko łagodzącą; rzadko bardzo osiąga się po niem rzeczywiste wyleczenie. 3. Nim się przystąpi do operacyi, należy wyczerpać wszystkie istniejące sposoby zachowawcze. Wskazanym jest zabieg operacyjny w chorobach przydatków przy zbiegu ciężkich objawów z pewnemi zmianami anatomicznemi, przy których to zmianach nie można, jak doświadczenie uczy, spodziewać się stałego powrotu *ad integrum*, a także przy objawach nieciężkich, jeśli się na pewno wykazało ropę. 4. Najlepsze wyniki trwałe z bardzo małym odsetkiem śmiertelności daje operacya doszczętna od strony pochwy. Przy rozległych zrostach i niejasnych stosunkach należy operacyę pochwową zastąpić brzuszną. W końcu dodaje autor, że w każdym poszczególnym przypadku należy zwracać uwagę na specyalne warunki chorej.

B. Żmigród.

Milchner. **Prątki rzekomogruźlicze w przypadku bardzo znacznej rozstrzeni oskrzelowej, nadto przyczynek do zachowania się prątków w tkance wobec barwików.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 29, 1903). U chorego, który miał już kilka razy krwotoki płucne, badanie przedmiotowe wykazywało stłumienie na szerokość dłoni w dolnej części płuca, nadto oddech oskrzelowy i drobne rzężenia. W celu upewnienia się w rozpoznaniu badano plwociny i znaleziono prątki, barwiące się barwikami kwaśnymi, które to prątki barwieniem się i wejrzeniem odpowiadały gruźliczym. Rozpoznano wobec tego gruźlicę płuc; jednakże przeciwko temu rozpoznaniu przemawiały przedmiotowy i podmiotowy stan chorego, a także niezwykłe umiejscowienie stłumienia w płacie dolnym. Badania, dokonane z tymi prątkami na zwierzętach, nie dały gruźlicy, lecz wykazały, że prątki te są prątkami rzekomogruźliczymi. Chory umarł po sześciu miesiącach z powodu osłabienia serca, a sekcya wykazała rozległą rozstrzeń i jamę oskrzelową; poza tem ani gołem okiem, ani drobnowidowo śladu gruźlicy wykazać nie można było. Ciekawem było w tym przypadku, że prątki te z plwociny barwiły się bardzo dobrze Gabbetem, podczas gdy w tkance ustalonej w wyskoku i formalinie przed barwieniem, ani Gabbetem, ani Ehrlichem zabarwić się nie dały. Autor idzie dalej od Liechtensteina, który zauważył lekkie odbarwianie się w wyskoku i co do tego przypadku sądzi, że prątki rzekomogruźlicze, przygotowane przedtem w wyskoku i formalinie, tracą siłę barwienia się. *B. Żmigród.*

Baermann. **Patogeneza rzeżączkowego zapalenia przyjądrza i próby jego leczenia nakłuciem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 40) Autor na podstawie swoich badań dochodzi do następujących wniosków: 1. Każde zapalenie przyjądrza, występujące w przebiegu rzeżączki, powstaje wskutek miejscowego wtargnięcia dwoinek rzeżączkowych; z płynu otrzymanego z nakłucia można zawsze dwoinki rzeżączkowe wyhodować. 2. W przeważnej liczbie zapaleń przyjądrza tworzy się bardzo szybko ropień, co dotychczas klinicznie nie było stwierdzonem. Ropienia te przedstawiają albo ropnie zastoinowe, więc ropnie rzekome z ewentualnym następowym rozpadem ściany przewodu przyjądrza, albo należy je po części uważać za czyste ropnie, występujące w otaczającej tkance łącznej, do której dwoinki dostają się drogą naczyń chłonnych. 3. W przypadkach, w których przychodzi do ropienia, występuje zawsze równocześnie mniej lub więcej znaczny wodniak jądra, wywołany również miejscowem wtargnięciem dwoinek rzeżączkowych między blaszki osłonki pochewkowej. 4. Także przy istniejących od lat resztkach po zapaleniu przyjądrza można pod pewnymi warunkami wykazać dwoinki bakteryologicznie. 5. Zapalenia przyjądrza, występujące w połączeniu z pierwotnem zapaleniem cewki nierzeżączkowem, (że takie zapalenia cewki istnieją, nie ulega wątpliwości; występujące w połączeniu z niemi ostre zapalenie przyjądrza jest wprawdzie rzadkie, lecz na pewno klinicznie stwierdzone), są również wywołane miejscowem wtargnięciem drobnoustrojów, wywołujących zapalenie cewki. 6. W zapaleniach przyjądrza, przebiegających wśród gwałtownych objawów zapalnych, poleca się wczesne nakłucie (zabieg bardzo bolesny), przez co wypróżnić można ewentualne ropnie rzekome, lub umiejscowione w tkance łącznej i uchronić w ten sposób sam przewód przyjądrza od rozpadu ropnego. 7. Również poleca się nakłucie zapalnego wodniaka jądra, gdyż po jego wypróżnieniu powstają lepsze stosunki w krążeniu i tem korzystniejsze warunki dla wessania.

Dr. Fels.

Dr. C. Goutermann. **Badania doświadczalne nad ilościowem zachowaniem się bakteryi w ranach przypadkowych pod suchym aseptycznym opatrunkiem i pod wilgotnym przeciwgnilnym.** (*Langenbecka Archiv* T. 70, Z. 2, 1903). 1) Nie można stwierdzić, aby środki przeciwgnilne (jodoform, sublimat 0,5‰, karbol 3%) wpływały niekorzystnie na rozwój bakteryi w ranach. 2) Ilość bakteryi w ranach przypadkowych, nie ropiejących, zwiększa się pod wilgotnym nieprzenikliwym opatrunkiem antyseptycznym, czego nie spostrzegamy pod opatrunkiem suchym. 3) Najlepsza okazała się gaza jodoformowa sucha, ta bowiem wchłania wydzielinę, tamuje krwawienie i powstrzymuje wzrost bakteryi. 4) Pod wpływem opatrunków wilgotnych powstaje w otoczeniu rany skutkiem maceracyi skóry — wyprysk i ropnie w torebkach włosowych. 5) Wilgotne opatrunki nie zapobiegają zropieniu ran przypadkowych. 6) W ranach ropiejących, opatrywanych na sucho, ilość bakteryi szybciej się zmniejsza, aniżeli pod wpływem opatrunków wilgotnych. 7) W zapaleniach ropówkowych gaza aseptyczna, lub jodoformowa sucha działa korzystnie na zmniejszanie się ilości bakteryi. 8) Wiele ran przypadkowych, mimo znacznej ilości bakteryi, bakteryologicznie w nich wykazanych, klinicznie nie przedstawia cech zapalnych.

Herman.

Dr. Nonne. **Ostre porażenie poprzeczne przy złośliwych nowotworach kręgosłupa. Przypadek ostrego poprzecznego zwyrodnienia rdzenia lędźwiowego przy ogólnem zrakowaceniu kości.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1903). Mężczyzna 57-letni zachorował przed rokiem na przewlekle przebiegający wiąd rdzenia. Następnie rozwinął się u niego rak w gruczole krokowym, stąd potworzyły się liczne przerzuty w kościach, zwłaszcza zaś w kręgach, nigdzie jednak tak się nie usadowiły, aby choć w najniższym stopniu zmniejszały pojemność kręgosłupa. W końcu dolnej części rdzenia, już przewlekle zmienionego (wiąd), wystąpiło ostre zwyrodnienie, zajmujące cały przekrój poprzeczny rdzenia. Przyczyną zaś tego zwyrodnienia były najprawdopodobniej toksyny, wytwarzane przez nowotwór rakowy.

Herman.

Dr. Wieting i Dr. Niko Cassane Effendi. **Wyniki po wysokiem cięciu nadłonowem z powodu kamicy pęcherzowej.** (*Langenbecka Archiv* T. 70, 22). Zdaniem autorów ta metoda jest najlepszą, którą chirurg sobie przyswoi i którą dla swoich celów uważa za najodpowiedniejszą. Według autorów warunkom tym odpowiada *sectio alta*, gdyż jest 1) technicznie łatwa; 2) pozwala dokładnie przejrzeć pęcherz, 3) sondować moczowody; 4) w leczeniu następowem jest prostą i 5) nie wymaga specyalnego instrumentaryum. Więc też użyli cięcia nadłonowego 45 razy, cięcia kroczowego dwa razy. W 42 przypadkach (z I seryi) pęcherz zeszyto całkowicie, a tylko trzy razy pozostawiono go otwartym, tj. tam, gdzie znaleziono zmiany, odpowiadające ciężkiemu nieżytowi pęcherza. Z ogólnej liczby operowanych (44) dwóch zmarło, obaj

z powodu ropienia w nerkach, wywołanego kamicą; (jeden z nich operowany już *in extremis*). Z 42 przypadków I-szej seryi w 7-miu miano potem do czynienia z przetokami. Przyczynę ich upatrują autorowie w błędach technicznych, popełnionych przez operujących bez dostatecznej wprawy. Autorowie zakładają szew dwurzędowy; katgutowy ciągły na błonę śluzową i węzełkowy jedwabny na błonę mięsną. Leczenie następowe polega na opróżnianiu pęcherza cewnikiem co 3—4 godziny w dzień i na zakładaniu cewnika komornem na noc. Dłuższego pozostawiania cewnika na stałe, z wyjątkiem przypadków z przerostem gruczołu krokowego i zwężeniem cewki, unikają z obawy spraw ropnych w cewce, które mogą wywołać nawet zropienie gruczołu krokowego. Również występują autorowie przeciw *sectio mediana*, gdyż drogi płciowe wewnętrzne, głównie pęcherzyki nasienne, mogą uledz znacznemu i stałemu uszkodzeniu.
Herman.

C. Beck. **O samoochronie przy röntgenoskopii.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 32). Badacze, posługujący się röntgenoskopią, mają zwyczaj próbować twardość rur na własnej ręce. Z tej przyczyny po pewnym czasie dostają zapalenia skóry na rękach, zmian w paznokciach itd. B. radzi, aby do prób tych używać fantomu ze szkieletu ręki, przyszytej do tektury. Fantom taki oddaje znakomite usługi. *Herman*

Dr. Tadao Houdo (Tokio). **W sprawie doszczętnych operacyi przepukliu pachwinowych.** (*Deutsch. med. Woch.* 1903. Nr. 32). Autor operuje ściśle wedle metody Bassiniego, a swoją modyfikacyę nazywa uniesieniem i wsunięciem kikuta worka przepuklinowego między otrzewnę ścienną a powięź poprzeczną. Aktu tego dokonuje w ten sposób, że worek podwiązuje długą nitką, odcina go, poczem na tępo w obwodzie otworu wewn. kanału pachwinowego oddziela otrzewnę od powięzi poprzecznicy. Na oba końce nitki, podwiązującej kikut worka, zakłada igły i niemi przewleka sieć ponad otrzewną przez całą grubość powłok brzusznych (z pominięciem skóry), zawiązując je wreszcie ponad rozcięgnem m. skośnego zewnętrznego. (W klinice Rydygiera, gdzie się do niedawna operowało wyłącznie metodą Bassini-Postempskiego, tego unoszenia worka używało się stale i to co najmniej od 10-ciu lat. *Uw. ref.*).
Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej zastosowanie u człowieka. (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 25 i 26, 1903). Dr. Menzer, asystent berlińskiej kliniki wewnętrznej prof. Senatora, opiera swoje spostrzeżenia nad stosowaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej u człowieka na materyale przeszło stu chorych, leczonych w klinice. Usiłuje on określić, czego spodziewać się możemy u chorych ze stosowania tej surowicy, a na co liczyć nie należy. Ponieważ kwestya zakażenia paciorkowcami w ostatnich czasach znajduje się na porządku dziennym, zachodzi obawa przecenienia działania leczniczego tego środka; z tego powodu autor zamierzył zawczasu przestrzedz, aby początkowe przecenienie nie dało powodu do tem większego rozczarowania. Kto poznał szczególne własności działania surowicy paciorkowcowej, ten łatwo oceni granice jej skuteczności z jednej, a niebezpieczeństwa z drugiej strony. Przy trafnem stosowaniu i dozowaniu osiągnąć można znakomite wyniki lecznicze. Końcowe wnioski autora są następujące: 1. Surowica przeciwpaciorkowcowa działa u człowieka tak, jak w doświadczeniu na zwierzętach, przez pobudzenie fagocytozy. Jeżeli ustrój ludzki nie może już rozwinąć tego działania, stosowanie surowicy paciorkowcowej będzie bezużytecznem. 2. Oprócz wytępienia czynników chorobowych, które wtargnęły do ustroju, pozostaje jeszcze zadanie wessania obumarłych prątków i komórek. W przypadkach, w których przychodzi do otorbionego nagromadzenia się ropy, surowica paciorkowcowa jest przeciwwskazaną bez chirurgicznego zabiegu, ponieważ wzmaga ona wchłanianie trujących substancyi ropnych. 3. Surowica paciorkowcowa może dać najlepsze wyniki w przypadkach rozpoczynającego się ostrego zakażenia („streptococcaemia"). 4. W leczeniu zakażenia paciorkowcowego u człowieka skutkują tylko surowice przeciwpaciorkowcowe, które przygotowano zapomocą paciorkowców, świeżo wyhodowanych z człowieka. Przy tożsamości wszystkich paciorkowców stosować można taką surowicę we wszystkich zakażeniach tymi drobnoustrojami, jeżeli poszczególny przypadek do tego się nadaje z innych względów. 5. Dotychczasowe wypróbowanie surowicy paciorkowcowej w doświadczeniu na zwierzętach nie daje podstawy do ocenienia siły leczniczej u człowieka. Na razie wobec braku lepszego sposobu wypróbowania, działanie na człowieka musi pozostać jedynie ważnym probierzem. *Baschkopf.*

VII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

35. Żuławski (Gorlice): **Przedstawienie chorego i preparatu po wycięciu rękojeści i części mostka, oraz kilka słów w sprawie gruźlicy.** Prelegent przedstawia chorego 8-letniego, u którego z powodu gruźliczego zniszczenia mostka wyciął pozostałe jego części, a od strony obojczyków eksartykulował. Mimoto czynność kończyn górnych nie została upośledzoną, powierzchnie obojczyków zaś zbliżyły się i wytworzył się staw. Prelegent omawia smutne stosunki w szpitalach prowincyonalnych, gdzie znaczny odsetek chorych (przeszło 20%) cierpi na gruźlicę w różnych postaciach; jest zdania, że państwo powinno się energiczniej zająć zapobieganiem gruźlicy, a jako jeden ze środków zaradczych uważa Ż. szczepienie ochronne bydła tuberkuliną.

36. Jankowski (Warszawa): **O przedziurawieniach jelita w durze.** J. zdaje sprawę z przypadku duru ambulatoryjnego, w którym nastąpiło przedziurawienie jelita. Przypadek operowano i chory wyzdrowiał. Operowano w ten sposób, że brzegi wrzodu okrojono, a po obrównaniu zeszyto i opatrzono gazą jodoformową. Statystyka tych operowanych przypadków wykazuje coraz to lepsze wyniki: w roku 1901 na 107 przypadków wyzdrowiało 23. Midlewski podaje w roku 1902 28% wyzdrowienia, Harte w roku 1903 na 333 przypadków 31% wyzdrowień.

37. Barącz (Lwów): **Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, na podstawie własnych spostrzeżeń.** W Ameryce wszystko operuje się w szpitalu; w domu nie operuje się wcale; to też szpitale są podzielone na dwie części: jedna dla chorych szpitalnych, druga dla chorych prywatnych. Dozorują po salach posługaczki, ktore odbyły trzyletni kurs w szkole dla posługaczek; one też przygotowują do operacyi, gotują narzędzia i asystują przy operacyi. W Ameryce używają środka antyseptycznego, wynalezionego przez Roberta Weira: jestto mieszanina sody zwykłej (do prania) i chlorku wapna; bierze się kryształ sody i łyżkę chlorku wapna, dodaje się trochę wody i wciera w ręce przez 3—5 minut; uczuwa się początkowo gorąco, a potem chłód. Wytwarza się wolny chlor, znakomity środek bakteryobójczy i płyn Labaraca; badania umytych w ten sposób rąk wykazały, że są jałowe. Sposób ten sprawia, co prawda, woń bardzo nieprzyjemną, drażniącą; by tę woń chloru usunąć, nalewa się na ręce 5% wody amoniakalnej, która woń usuwa. Skóra przy tej metodzie jest bardzo mało drażnioną. Amerykanie operują w rękawiczkach gumowych, nie mają ropienia po operacyi. Opatrunki wyjaławiają podobnie, jak my. Katgut sterylizują sposobem Elsberga: wysycony roztwór siarkanu sodowego, potem alkohol i olej jałowcowy; są jednak w użyciu i inne sposoby, np. Sell w Chicago używa katgutu jodowego według Blocha; silkwanu używają na szwy zewnętrzne. Murphy używa w celach antyseptycznych zamiast jodoformu „bismutum oxyjodatum", zamiast drenu zaś kawałek gazy w papierze gutaperkowym sterylizowanym, który się daje łatwo wyciągnąć. Do mieszanki jodoformowej przy gruźlicy używają dużo formaliny. Maski do usypiania robią z papieru; są to woreczki, do których się daje trochę gazy, nalewa się trochę eteru i tem się usypia dzieci przy małych operacyach. Do znieczuleń miejscowych używają kokainy, eukainy, nirwaniny; wstrzykują też kokainę do pni nerwowych; metody Biera zaniechano zupełnie. Roentgen jest bardzo częstym w zastosowaniu; używają przyrządów wielkich; leczą nim toczeń, wągry, raka skórnego i nawroty raka. Ochsner stwierdził zmniejszenie się raka. Skrzywienie kręgosłupa leczą metodą Lorenza. Gastroenterostomię robią metodą Murphyego i Mc Raba. Co do zapalenia wyrostka robaczkowego, to poczytują za błąd internistów, jeśli nie wzywa chirurga; operują zwykle w pierwszych 24 godzinach; jeśli zaś nie, to po napadzie nigdy nie mają przypadków przedziurawienia wyrostka. Po odcięciu wyrostka robaczkowego jedni go przypalają, inni obszywają. Przepukliny operują metodą Bassiniego i Halstädta.

38. Bossowski (Kraków): **Metoda wyjaławiania katgutu według Blocha.** B. używa katgutu, wyjałowionego sposobem Blocha, od czasu ukazania się referatu w „Centralblacie" w październiku r. z. Daje się 10 grm. czystego jodu do roztworu 10: 100 jodku potasu, a dopiero po rozpuszczeniu się jodu dodaje się 1000 grm. wody przekroplonej i ma się gotowy płyn Blocha, do którego wkłada się surowy katgut, a po 24 godzinach staje się on jałowym. B. radzi, by katgut dla pewności przed użyciem potrzymać przez tydzień

w płynie Blocha. Katgut ten jest dobry i nigdy nie zawodzi. Prelegent użył go przy operacyi wola, przepukliny, naczyniaka limfatycznego, szył nim otrzewnę i nigdy się nie zawiódł. Ponieważ jednak kanały szwów nie są tak ładne, przeto nie używa go do szycia skóry. B. poleca go bardzo gorąco.

39. Wehr (Lwów): **O wartości katgutu jodowego.** W. może się tylko przyłączyć do zdania Bossowskiego. Można taką nitkę katgutu owinąć na palec i rzucić na pożywkę, a nie wyrasta nic; a przecież nie mamy rąk jałowych; jestto zaletą, że katgut ma w sobie trochę tego środka przeciwgnilnego, w którym leży. Wehr daje go zwykle przed użyciem do 20% karbolu. Prelegent pokazuje słój, w którym ma katgut od dwóch miesięcy, a zawsze jest on dobry.

Dyskusya:

Kozłowski (Drohobycz) dodaje, że zaletą katgutu tego jest jeszcze to, że nie pęcznieje; by zaś zapobiedz jego szorstkości, trzeba go opłókać przez chwilę w wyskoku.

Kryński (Warszawa) używa tego katgutu od dwóch miesięcy i jest z niego zadowolniony.

Kader (Kraków) trzyma ten katgut w specyalnych flaszkach i uważa go za najbardziej jałowy.

Rydygier (Lwów) przyznaje, że jest to istotnie dobry katgut, ale on używa suchego, który steryjizuje w paczkach po pięć nitek, jak to wypróbował Kozłowski jeszcze dawniej. Jest ze swego katgutu zadowolniony; w takim słoju, zdaniem R., jest za dużo nitek.

Bossowski (Kraków) radzi jeszcze sporządzać sobie samemu rozczyn do katgutu, a nie brać zrobiony przez aptekarzy. Trzeba robić w ten sposób: jod, roztarty na najdelikatniejszy proszek, zalać rozczynem jodku potasu (10: 100 ctm.^{3}), potem 24 godziny czekać i dopiero wtedy dopełnić wodą do 1000 grm. i dać do tego katgut.

Wehr (Lwów) dodaje, że dla ginekologów ma katgut ten zalety, gdyż ulega wessaniu dopiero po 10—12 dniach. Katgut do laparotomii przechowuje się w osobnych naczyniach i na zwijadełkach. Może go wszystkim polecić, szczególniej lekarzom praktycznym.

40. Rydygier (*jun.*) Lwów): **O znieczulaniu tropakokainą sposobem Kozłowskiego.** Po raz pierwszy próbowano wstrzykiwań do rdzenia i w klinice lwowskiej, gdzie z tej metody są bardzo zadowoleni; postępują tak, jak podał zeszłego roku Kozłowski. Z objawów następowych należy zanotować ból glowy i to tylko wtedy, gdy się coś robi w położeniu Trendelenburga, ale rzadko. Przeciwwskazaniem jest wysokie położenie miejsca operacyjnego, a wskazaniem są cierpienia nerek, które się oszczędza przez usunięcie uśpienia chloroformem. W klinice lwowskiej rozpuszczają tropakokainę odrazu w strzykawce Luera, z której poprzednio tłok usunięto, chwytając wprost do niej płyn mózgordzeniowy. Igłę wbijają między I. a II. krąg lędźwiowy. Na 49 przypadków w dwóch nie nastąpiło znieczulenie, w trzech zaś przypadkach za prędko minęło.

41. Przybylski (Kraków): **Dalsze uwagi nad znieczulaniem lędźwiowem tropakokainą.** Prelegent zbija w swym odczycie zarzuty, robione temu sposobowi znieczulania. Przypadki śmierci z powodu wstrzykiwania do kanału rdzeniowego, znane z piśmiennictwa, dotyczyły osobników z cierpieniami nowotworowemi mózgu i rdzenia, zwłaszcza z umiejscowieniem w okolicy móżdżku; śmierć spowodowaną została nagłą zmianą w hidrostatycznej równowadze płynu mózgordzeniowege w czaszce i kanale rdzeniowym. Co się zaś tyczy objawów ubocznych, zniechęcających do używania tego znieczulania, to te zeszły na plan drugi z chwilą zastosowania eukainy α i β, tropakokainy i sposobu Guinarda i Kozłowskiego. Różnica zdań panuje jeszcze co do wskazań i zakresu używania tego znieczulania. W klinice krakowskiej operują metodą Biera wszystkie operacye na miednicy, międzykroczu, kończynach dolnych, operacye brzuszne i na dolnej części:klatki piersiowej. U osób bardzo nerwowych i histerycznych, u małych dzieci, przy operacyach dłużej trwających, nie można stosować metody Biera; ale za to po niej niema się tyle zapaleń płuc, można stosować u chorych z cierpieniami dróg oddechowych i nerek, przy wadach sercowych i zwapnieniu tętnic. Nadto chorzy nie są po operacyi narażeni na głodzenie się i wstrzymanie od picia, jak przy chloroformie. Dotychczas w klinice krakowskiej naliczają 300 przypadków tego sposobu znieczulania i na tej podstawie twierdzi P., że metoda ta ma warunki zapewnienia sobie stałego miejsca w chirurgii.

Dyskusya:

Kader (Kraków) stosuje 20% tropakokainę, wypuszcza 8 ctm.^{3} płynu mózgordzeniowego, a wstrzykuje 0,08 tropakokainy (4 ctm.^{3} płynu). Wstrzykuje strzykawką z zamknięciem bagnetowem i ma swego pomysłu naczynie do przygotowania rozczynu. Wyraża radość, że Rydygier do tych prób się przyłączył.

Rydygier (Lwów) dał się nakłonić do tych prób dzięki modyfikacyi Kozłowskiego, która zdaniem R. ma te zalety, że jest nieskomplikowaną, prostą i z niej bardzo zadowolony. Tropakokainę nabiera się łyżeczką unormowaną.

Kozłowski (Drohobycz) ma 115 przypadków; gorączka bywa rzadko, najwyższa 38°. Używa niesterylizowanej kokainy, a jeśli kto ma skrupuły co do tego, może ją łatwo w wyskoku wyjałowić.

42. Kossobudzki (Warszawa): **O nowym sposobie gastroenterostomii, wykonanej na psach.** Sposób ten polega na tem, iż po otwarciu jamy brzusznej wyciąga się szczypczykami jelito, które tworzy lejek i dno tego lejka podwiązuje; podobnie podwiązuje dno lejka, wytworzonego ze ściany żołądka, a po podwiązaniu wypala części nad podwiązanemi dnami i zeszywa. Drożność jest dobra.

43. Kossobudzki (Warszawa): **Nasze szpitale i gruźlica chirurgiczna.** K. omawia stosunki w naszych szpitalach, które będąc przeładowane pacyentami z przewlekłemi schorzeniami gruźliczemi, nie mogą zadość czynić stawianym obecnie wymaganiom. Zdaniem prelegenta powinny być osobne szpitale dla gruźlicy chirurgicznej, względnie oddziały z odpowiedniemi urządzeniami zdrowotnemi.

44. Habicht (Kraków): **Przypadek urazowego tężca, wyleczonego surowicą przeciwtężcową** (z demonstracyą preparatu bakteryologicznego). Do szpitala św. Ludwika zgłosiła się chora, skaleczona przed 6 dniami, z objawami tężca; przypadek przedstawiał się rozpaczliwie. Wstrzyknięto zaraz 60 ctm.^{3} surowicy przeciwtężcowej Bujwida, potem przez 3 dni po 20 ctm.^{3}. Nastąpiła znaczna poprawa, a po 15-tu dniach chora była uleczoną. Z rany na nodze wydobyto kostkę, z której wyhodowano prątki tężca, obrzęku złośliwego i jakiegoś paciorkowca. Rozpoznanie tężca sprawdzono nietylko badaniem drobnowidowem i hodowlą, ale także doświadczeniem na zwierzętach. Prelegent sądzi, że należy w każdym przypadku tężca wstrzykiwać surowicę w większych dawkach, a z zasady w zranieniach należy wstrzykiwać zapobiegawczo 5—10 ctm.^{3} surowicy. (Odczyt ten został ogłoszony w Nrze 37 „Przegl. lek.").

45. Sołtysik (Stryj): **Trzy przypadki niedrożności jelit leczone wstrzykiwaniem atropiny.** S. jest stanowczo za operacyą, lecz chorzy, o których mowa, nie chcieli się poddać operacyi. W jednym przypadku zastosował prelegent 0,0055 atropiny; po 48 godzinach nastąpiło wypróżnienie; po jakimś czasie znów był zmuszony wstrzyknąć 0,005; po czterech tygodniach chory umarł. W drugim przypadku wstrzyknął ogółem 0,004, po 36 godzinach nastąpił stolec i wiatry. W trzecim wstrzyknięto 0,0015, a wogóle 0,003; chory ten miał już wymioty kałowe; nadto zastosował prelegent okład sublimatowy na brzuch, poczem chory wrócił do zdrowia. W każdym razie, jeśli operacya nie jest możebna, należy spróbować atropinę.

46. Kader (Kraków): **Przedstawienie przyrządu do leczenia schorzeń w stawie biodrowym.** Przyrządy te stosuje Kader po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia stawu kulszowego; różnią się one od Hessingowskich i innych tem, że część miednicowa połączona jest z częścią nożną szyną podwójną, boczną i tylną. Część miednicowa posiada zamknięcie tylne i przednie w postaci ram, zapobiegających wszelkiej ruchomości, sięga przytem wysoko aż po klatkę piersiową.

Prof. Rydygier zamyka Zjazd, wyrażając swą radość z powodu jego udania się, tak co do liczby członków, jak i co do wygłoszonych wykładów. Stwierdza tylko z żalem, że kilka wykładów dla braku czasu nie mogło się odbyć. Zdaniem jego czasu dośćby było, bo trzy dni trwał Zjazd, gdyby przewodniczący ukrócał nieco dyskusye, nie pozwalając mowcom dłużej mówić, niż regulamin na to pozwala. Musi przecież nie należeć do przyjemności, by wykład przygotować, na Zjazd przyjechać i nie mieć możności wypowiedzenia wykładu. Na pocieszenie zaprasza prof. Rydygier na Zjazd do Lwowa z uwagą, że „na przyszłość będziemy się musieli skracać".

* * *

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE
Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1902.

W roku 1902 zgłosiło się do Zakładu ogółem 516 osób. Z liczby tej 16 osób nie poddano szczepieniu, z powodu że zwierzę

kąsające nie było dotknięte wodowstrętem, lub też naskórek mimo ukąszenia nie był naruszony.

Wykaz 500 osób, leczonych w roku 1902, ze względu na rodzaj pokąsania, dołączam.

Liczba chorych przypadała w poszczególnych miesiącach, jak następuje:

styczeń	34	maj	54	wrzesień	36
luty	63	czerwiec	70	październik	36
marzec	36	lipiec	41	listopad	40
kwiecień	49	sierpień	32	grudzień	25

Na 500 osób szczepionych zmarło wśród objawów wodowstrętu, według zawiadomień nadesłanych do Zakładu przez dotyczące c. k. Starostwa, ogółem osób 8, co równałoby się 1.6% śmiertelności.

Znaczny stosunkowo odsetek śmiertelności nie da się wyjaśnić inaczej, jak tylko szczególnemi własnościami zarazka zeszłorocznej epidemii wodowstrętu. Szczepienia wykonywane były w ogólności w czasie właściwym i w dostatecznej ilości. Ostrożności, przedsięwzięte w roku ubiegłym, były rzec można wygórowane, w celu uniknięcia wszelkiej możliwości dostania się obcego zarazka do szczepionki. Każdy chory otrzymywał szczepienie osobną igłą, — strzykawka zaś każdorazowo była wyjałowiona zapomocą pary dla każdej seryi i następnie wodą jałową przepłókana.

Podobne podwyższenie śmiertelności notowano w roku ubiegłym również i w Zakładzie wiedeńskim, mianowicie 1.3%.

Zauważyć należy, że wypalania, stosowane przez lekarzy, były wogóle zbyt silne, co powodowało znaczne zniszczenie tkanki. Należałoby wprowadzić napuszczanie ran nalewką jodową. Wiadomo bowiem, że jod działa szybko na zarazek i dosyć głęboko do rany przenika, nie powodując tak rozległych zniszczeń tkanki, jak środki żrące.

Spis zmarłych ośmiu osób:

1. N. D., lat 16, ze Smolnika, pokąsany dnia 3/II bardzo głęboko w rękę lewą. Rana nieopatrzona, silnie bardzo krwawiła. Do szczepienia zgłosił się w 8 dni po ukąszeniu. Zmarł wśród objawów wodowstrętu dnia 18 kwietnia.

2. B. A., lat 6, z Bitkowic, ukąszona dnia 28/III, w powiekę i skroń lewą. Rana nieopatrzona, silnie krwawiła. Leczenie rozpoczęto 31/III, skończono zaś po 18 dniach. Zmarła na wodowstręt; szczepienie królika jej mózgiem wywołało wodowstręt po 25 dniach.

3. W. J. lat 5, z Załuża, ukąszony 7/VI w kąt oczodołu prawego i w skroń prawą. Leczenie rozpoczęto 10/VI, zastosowano przez 15 dni 35 szczepień. Rana otwarta 3 ctm. długa, głęboka, nieopatrzona, silnie krwawiła; zmarł 7/VII.

4. P. J., lat 10, ze Złoczowa, pokąsany 5/VII w obie ręce oraz plecy i potylicę. Rany głębokie, silnie krwawiące; leczony od 6/VII, przez dni 16, zmarł 6/VIII.

5. P. F., lat 4, ze Złoczowa, pokąsany 5/VII. Rana na potylicy długa, silnie krwawiąca; takie samo ukąszenie na nosie i na powiece dolnej prawej. Leczony od 6/VII przez dni 16, zmarł dnia 7/VIII.

6. C. I., lat 6, z Wasylowa, pokąsany 7/VIII; na grzbiecie dłoni rany oraz zdarcia naskórka; na dłoni rana głęboka. Zapuszczono rany jodyną w 4 dni po ukąszeniu. Leczony od 13/VIII, przez 10 dni; zmarł 10/X.

7. M. J., lat 9, z Michalcza, ukąszony 20/VIII w powiekę dolną oka lewego. Na obu dłoniach i ramionach po kilka ran głębokich i zdarć naskórka. Leczony przez 10 dni od 23/VIII, zmarł po 25-dniowej chorobie, wśród objawów wodowstrętu.

8. W. J., lat 11, z Łyśca starego, ukąszona 29 października w rękę lewą. Zmarła dnia 5 grudnia.

Wykaz 500 osób leczonych w roku 1902. ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsanie	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez: sekcyę weterynar-ką	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę	—	17	21	38
w kończyny górne i tułów	5	144	196	345
w kończyny dolne	1	49	83	133
w ciało gołe	4	141	197	—
przez ubranie	2	70	102	—
Ogółem	6	211	299	—

Zwierzęta kąsające były w 483 przypadkach psy, w 21 przypadkach koty, po trzy przypadki konie i krowy, po 1 przypadku borsuk, lis, świnia, cielę, wreszcie w 2 przypadkach dzieci dotknięte wodowstrętem.

Bujwid.

Otrzymujemy następujące sprawozdanie:

Zapowiedziane nadzwyczajne walne Zgromadzenie Tow. Samopomocy lekarzy odbyło się pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana w niedzielę dnia 1 listopada b. r., przy nader licznym udziale członków. Przedmiotem obrad były przedewszystkiem radykalne zmiany statutu, które też wywołały bardzo obszerną dyskusyę, a zwłaszcza stylizacya § 3 i § 4, określających cel i środki. Obrady rozpoczęły się o godz. 10; gdy jednak do godz. 2-giej nie przyszło do porozumienia co do brzmienia tych dwóch paragrafów, Zgromadzenie odroczyło się do godziny 4 tej, wybierając osobną komisyę, którąby przez ten czas zredagowała owe 2 paragrafy na podstawie wzajemnych koncesyi. Komisya, w której skład weszli: Koll. prof. Kadyj, Mikołajski, Moszkowicz, Ozarkiewicz, Cwiklicer, Flis, Doliński i cały Wydział Towarzystwa, odbyła o godz. 3 osobne posiedzenie, na którem ostatecznie przyszło do porozumienia i wystylizowania rzeczonych paragrafów, po części w myśl projektu Wydziału, poczęści w myśl żądań delegatów lwowskich i przemyskich.

O godz. 4-tej podjęto na nowo obrady walnego Zgromadzenia, uchwalono § 3 i § 4 w nowej stylizacyi, oraz resztę paragrafów statutu z nieznacznemi już zmianami i poprawkami. Z kolei zgłosili członkowie do punktu drugiego porządku dziennego cały szereg doniosłych wniosków, które przekazano Wydziałowi do rozpatrzenia i ewentualnego wykonania.

Zgromadzenie zakończyło się piękną owacyą dla prof. Jordana, który od chwili założenia Towarzystwa jest jego prezesem. Mianowicie kol. Mikołajski oświadczył, że życzeniem jest wszystkich członków lwowskich, przemyskich i obecnych na Zgromadzeniu krakowskich i prowincyonalnych, aby walne Zgromadzenie w uznaniu zasług prof. Jordana około rozwoju Towarzystwa mianowało go pierwszym członkiem honorowym. Wśród burzliwych oklasków wniosek ten przyjęto przez aklamacyę.

Bezpośrednio po zamknięciu walnego Zgromadzenia odbyła się konferencya informacyjna prenumeratorów „Głosu lekarzy". Przewodniczył prof. Jordan, a udział wzięli wszyscy obecni na walnem Zgromadzeniu. Po wyrażeniu jednogłośnego uznania dla Redakcyi i zadowolenia z dotychczasowego prowadzenia pisma, zgłoszono kilka interpelacyi i życzeń, na które wyczerpująco odpowiadali członkowie Komitetu redakcyjnego. Postanowiono jak najgoręcej popierać wydawnictwo tak niezbędnie potrzebnego organu i dążyć do tego, aby jak najprędzej dwutygodnik mógł się zamienić na tygodnik. W końcu utyskiwano, że obie Izby galicyjskie niedostatecznie informują ogół lekarzy o posiedzeniach, uchwałach, komunikatach rządowych i t. d. i wyrażono życzenie aby odtąd czyniły to za pośrednictwem „Głosu lekarzy", który w tym celu odstąpić im może na warunkach bardzo przystępnych co miesiąc jedną stronicę druku.

Dnia 2 listopada 1903. *Dr. Langie.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. dr. Gliński demonstrował okazy anatomiczne; 2) kol. dr. Piotrowski przedstawił kobietę z rzadką chorobą; 3) kol. doc. Dobrowolski miał odczyt: „O cytotoksynie łożyskowej".

* **Z Sejmu.** Z działalności świeżo zamkniętego Sejmu na polu szpitalnictwa i wogóle zdrowia publicznego zapisujemy niektóre daty i uchwały, zaznaczające dalszy rozwój tej ważnej gałęzi administracyi krajowej.

Ze »Sprawozdania sejmowej Komisyi sanitarnej» wynika, że Wydział krajowy wydał w r. 1902 na cele zdrowia publicznego kwotę 2,716.467 koron, która przekracza kwotę preliminowaną o 151,019 koron, a w porównaniu z r. 1901 jest wyższą o 167,822 koron. Nadwyżka wydatków znajduję usprawiedliwienie w większej liczbie dni leczenia, w podniesieniu się kosztów podczas epidemii, w urządzeniu okręgów sanitarnych i t. d. Szpital krakowski wykazuje nadwyżkę w kwocie 39,048 koron; toż samo zakład w Kulparkowie 88,588 koron; kwoty te przelano do funduszu krajowego. Szpital lwowski nie wykazuje nad-

wyżki, ponieważ Wydział krajowy nie otrzymuje od c. k. rządu w należytym czasie zwrotów za leczenie chorych klinicznych.

W ważnej sprawie utworzenia szpitali dla kiłowych w powiatach kosowskim i nadworniańskim toczą się dalej rokowania z c. k. rządem. Namiestnictwo proponowało użycie prowizoryczne baraków Towarzystwa czerwonego Krzyża, na co Wydział krajowy się nie zgodził. Namiestnictwo ustanowiło w tych powiatach 9 lekarzy i urządziło im ambulatorya; lekarze ci otrzymują po 12 koron dziennie (7 płaci rząd a 5 Wydział krajowy). Nadto namiestnictwo urządziło szpital na 20 łóżek w domu najętym. W sprawie budowy dwóch szpitali w tych powiatach Wydział krajowy oczekuje odpowiedzi od namiestnictwa, które odesłało plany do ministerstwa, gdzie one zalegają.

Sprawa, dotycząca pomieszczenia chorych, leczonych na wściekliznę w roku 1902, była w ręku władz rządowych; Ministerstwo zgodziło się na najem domu w Krakowie dla pokąsanych przez wściekłe psy pod warunkami, postawionymi przez Wydział krajowy; zażądało jednak jeszcze opracowania statutu dla mającego powstać prywatnego instytutu. Prof. Bujwid przedłożył opracowany statut, który ma być przedstawiony do potwierdzenia obu władzom krajowym; jest zatem nadzieja, że sprawa w niedługim czasie pomyślnie i ostatecznie załatwioną będzie.

Sprawa budowy klinik dla lwowskiego Wydziału lekarskiego weszła obecnie w okres końcowych rokowań z c. k. Rządem. C. k. Rząd wezwał Wydział krajowy do oświadczenia się, czy jest skłonny przyczynić się do budowy tylko dwu klinik, czy też wolałby szerszy plan, aby w nowo budować się mających klinikach przyczynił się także do kosztów pomieszczenia kliniki dermatologicznej i chorób oczu. Jak dotąd sprawa znajduje się w Wydziale krajowym.

W celu zbudowania zakładu dla położnic w Krakowie Wydział krajowy jeszcze w roku 1901 oświadczył gotowość przyczynienia się do kosztów budowy o tyle, o ile zakład służyć będzie celom szpitalnym. Zmodyfikowane plany zostały przedłożone c. k. Ministerstwu, skąd w ostatnich dniach powróciły do Wydziału krajowego; można zatem mieć nadzieję, że obecnie sprawa ta wejdzie już w okres rokowań końcowych.

W sprawie emerytury lekarzy okręgowych i zaopatrzenia pozostałych po nich wdów i sierót Wydział krajowy wdrożył badania i przyszedł do przekonania, że na fundusz emerytalny musi się złożyć kilka czynników w myśl ustawy, normującej charakter i stanowisko lekarzy okręgowych. Współdziałać muszą w złożeniu tego funduszu: c. k. Rząd, rady powiatowe, fundusz krajowy i lekarze okręgowi sami. Wydział krajowy zwrócił się do c. k. Rządu i Rad powiatowych w tym kierunku nadto odniósł się do Wydziałów krajowych innych krajów, w Radzie Państwa reprezentowanych, w których organizacya lekarzy okręgowych już dalej postąpiła. Do chwili zamknięcia sprawozdania Wydziału krajowego, t. j. do dnia 1 października 1902 roku, nadeszła odpowiedź tylko od 21 Rad powiatowych. Z odpowiedzi Wydziałów krajowych okazało się, że w niektórych krajach koronnych sprawa emerytur dla lekarzy okręgowych już jest uregulowaną, w innych toczą się rokowania. O ile Komisyi sanitarnej wiadomo, w ciągu okresu od 1-go października 1902 do obecnej chwili, sprawa postąpiła dalej, nadeszły odpowiedzi prawie od wszystkich Rad powiatowych, zebrany został tym sposobem podstawowy materyał. Komisya sanitarna żywi niepłonną nadzieję, że Wydział krajowy w najbliższej sesyi będzie mógł przyjść do Wysokiego Sejmu z konkretnymi dodatnimi dla sprawy wnioskami.

Komisya sanitarna nie może pominąć milczeniem jednego szczegółu, mianowicie postanowienia Wydziału krajowego co do obniżenia lekarzom okręgowym taksy za szczepienie ochronne ospy, zwłaszcza, że w ostatnich czasach była ta sprawa w szerszych kołach zawodowych poruszana. Lekarze autonomiczni uczuli się zarządzeniem Wydziału krajowego, obniżającem im taksę za szczepienie ospy z 7 k. na 6 k., wielce dotknięci. Według udzielonych Komisyi sanitarnej wyjaśnień przez szefa Departamentu i sprawdzenia odnośnych aktów, faktyczna podstawa tego postanowienia Wydziału krajowego jest ta: ponieważ fundusz krajowy ponosi koszta szczepienia ospy, przeto Wydział krajowy słusznie starał się uzyskać i uzyskał większą ingerencyę, by, po myśli ustawy o lekarzach okręgowych, w rozdawnictwie okręgów szczepienia uwzględniano przedewszystkiem lekarzy okręgowych. Intencyą więc Wydziału krajowego było, ażeby w ten sposób, mając na oku stosunki lekarzy okręgowych, przez powierzanie im w większej mierze czynności szczepienia ospy, powiększyć ich dochody. Przerzucając tę czynność na lekarzy okręgowych, liczyć się musiał słusznie Wydział krajowy z tym dalszym faktem, że lekarze powiatowi pobierali za te czynności tylko 5 do 7 koron, wskutek tego też Wydział krajowy, przydzielając obecnie lekarzom okręgowym w znacznej mierze te czynności, obniżył taksę z 7 na 6 koron. Lekarzom okręgowym wprawdzie nie przyznano kosztów podróży, które pobierali lekarze powiatowi i wolnopraktykujący, lecz za to lekarze okręgowi mają wyznaczony w myśl ustawy stały ryczałt na koszta podróży. Wobec tego Komisya sanitarna stwierdza, że Wydział krajowy postąpił prawnie i że działał w dobrej wierze i intencyi dla lekarzy okręgowych; atoli zarządzenia te, jako nowe, wymagają dalszych doświadczeń, o ile okażą się odpowiedniemi.

W bieżącej sesyi sejmowej Wydział krajowy nie czyni propozycyi utworzenia nowych okręgów sanitarnych, gdyż żądania, które wpłynęły, nie były dojrzałe do poczynienia wniosków i nie wykazywały wskazanych ustawą przedwstępnych czynności; twierdzić już jednak dziś można, że na najbliższej sesyi Wydział krajowy stanie przed Sejmem z wnioskiem utworzenia 10 nowych okręgów.

Komisya sanitarna kończy swoje sprawozdanie wnioskami, z których najwięcej ogół lekarski obchodzić mogą następujące:

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby wziął pod rozwagę sprawę przywrócenia zwyczaju publikowania sprawozdań naukowych z czynności lekarskich wszystkich szpitali krajowych i prowincyonalnych.

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby na najbliższej sesyi przedłożył sprawozdanie i wnioski co do kwestyi, w których szpitalach i o ile dałoby się urządzić łóżka płatne dla zamożniejszych chorych, któreby mogły przynosić czysty dochód funduszowi krajowemu.

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby wziął pod rozwagę: czy i o ile będzie wskazane ewentualne podwyższenie dyet lekarzom okręgowym i szpitalnym za szczepienie ospy?

Wzywa się c. k. Rząd, aby przyspieszył budowę projektowanego zakładu, który ma pomieścić klinikę położniczo-ginekologiczną i szkołę akuszerek w Krakowie, a nadto aby wzniósł kosztem skarbu państwa klinikę dla chorób umysłowych w Krakowie. (C. d. n.).

* Dr. Władysław Janowski, redaktor »Zdrowia«, mianowany został docentem chorób wewnętrznych w petersburgskiej Akademii lekarskiej.

* Dowiadujemy się, że Kalendarz lekarski na r. 1904 opuści prasę w końcu listopada.

* Rzecz zupełnie nieprawdopodobna: holenderskie ministeryum oświaty wezwało na katedrę farmakognozyi i farmakodynamiki w Leydzie znanego partacza homeopatę z Zurychu, b. proboszcza, Dr. Mende-Ernsta, dodajmy — wbrew woli Wydziału lekarskiego.

* Do Towarzystwa Samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: kolledzy: Biber (Przemyśl), Langier (Mościska), Puchalski (Dobromil), Sędzimir (Krakowiec); ze Lwowa: Aschkenazy, Feuerstein Z, Gluziński L., Gürsching, Ilescheles, Kucharski, Lilien, Mintz, Paklikowski, Reitzer D., Selzer, Spalke, Stachiewicz, Szymański, Tatarczuch, Wisłocki, Wajgel E, Zgórski.

Z d. 1 listopada liczy Towarzystwo ogółem 611 członków, a to: z Krakowa 149, ze Lwowa 96, z prowincyi 350, ze Śląska 8, z Bukowiny 1, z zagranicy 7. *Dr. Langie,* I sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień (XLI) (11—17—X). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 13, (9 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 3 (1 zam.), z krztuśca 1, z duru brzusznego 4 (4 zam.), z czerwonki 2 (2 zam.), z cholery niemowląt 6 (2 zam.),

* Między 20 a 26 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (3 gm.), kamioneckim (2 gm.), kolbuszowskim (3 gm.), niskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), żydaczowskim (1 gm.),

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. chirurgii w niemieckim uniwersytecie w Pradze, Dr. Schloffer mianowany profesorem zwyczajnym w Insbruku. Nadzwyczajni profesorowie: dr. Trambusti (patologia ogólna) i Colella (psychiatrya) mianowani profesorami zwyczajnymi w Palermo. Nadzwyczajny prof. Delicyn z Charkowa mian. prof. zwycz. chirurgii w petersburgskiej Akademii wojskowo-lekarskiej.

Nekrologia. Dr. Adam Gliszczyński, b. profesor nadzwyczajny położnictwa i ginekologii warszawskiej w Szkole głównej, zakończył życie w Warszawie d. 30 października, licząc lat 74. Zmarły przyszedł na świat w Pomorzanowicach w W. Ks. Poznańskiem roku 1830; nauki lekarskie ukończył r. 1852 w Wrocławiu, gdzie następnie pełnił przez czas pewien obowiązki asystenta przy katedrze położnictwa. W r. 1858 objął posadę ordynatora w warszawskim szpitalu Dzieciątka Jezus; w r. 1861 mianowany został adjunktem profesora położnictwa, ginekologii i pedyatryi, a r. 1864 — profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu. Po przekształceniu Szkoły głównej warszawskiej na Uniwersytet w r. 1869 wykładał ginekologię jeszcze przez dwa lata w charakterze docenta.

Kilkadziesiąt prac z zakresu położnictwa i ginekologii chlubnie świadczą o wyższym umyśle i wielce pracowitem życiu zmarłego.

Dr. Seweryn Zaleski, l. 77, zmarł w Warszawie. Dr. Otto Nasse, prof. zwyczajny farmakologii, zmarł w Rostoku. Dr. Tibone, prof. położnictwa — w Turynie. Dr. Duffey, prof. farmakologii, — w Dublinie.

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska.* Z. X. zawiera: 1) Dyagnostykę chirurgiczną. — Landerera (dok. cz. I-szej.). 2) Położnictwo — Rungego (dok. cz. 1-szej). 3) Podręcznik chorób wewnętrznych (Choroby żołądka) przez Dieulafoy.

— *Zdrowie* Z. 11. Gałecki: Przewlekłe zatrucie tytoniem. Geisler: 1) Przepisy ochronne przy porażeniu prądem elektrycznym. 2) Ochrona pracujących od kurzu. Łazarowicz: Przepisy higieniczne dla pracowników fabrycznych i rzemieślniczych. Jakimiak: Udział Towarzystwa higienicznego w wystawie włościańskiej w Miechowie.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 176. Sokołowski: Rozpoznanie i leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Łapiński: Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych. Landau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 43. Bychowski: Hipotonia i hipertonia u jednej i tej samej chorej.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 10. Sterling: O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Zarazem przyczynek do klasyfikacyi tego cierpienia. Krusche: Przypadek postępowego kostnienia mięśni. Lidmanowski: O plamach Koplika, jako środku rozpoznawczym we wczesnych okresach odry. Piasecki: Atropina w niedrożności jelit. Żółtowski: O trzech przypadkach niedrożności kiszek, wyleczonych atropiną.

Głos lekarzy N. 9. Praktyka prowincyonalna. — Jak postępować mają lekarze okręgowi. — Audiatur et pars altera. Stan szpitali w Galicyi. Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — W ważnej sprawie. — Z krakowskiego bruku.

— *Lékařské rozhledy* Z. 10. Kopfstein: Kasuistické příspěvky z chirurgie. Vesely: Sphygmografie v praxi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Maixner: Ledvina a syfilis. Chlumský: O operativním léčeni nohy ploské podle Müllera i novém způsobu připevnění šlachy w kostech. Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském (dok.). Kimla: Nová theorie Behringova o způsobu propagace tuberkulosy a Behringova osnova na racionelni jeji potřeni.

— *La Presse médicale* Nr. 84. Forgue: Odsłonięcie bez przewodnika tylnego odcinka cewki moczowej przy gruczole krokowym podczas uretrotomii zewnętrznej.

— Nr. 85. XVI Kongres chirurgów francuskich. Wyłączenie jelita.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Moreschi: O przyrodzie izohemolizyny surowicy krwi ludzkiej. Aleksander: Drzenie głosowe w brzuchu. Katz: Południowo-zachodnia niemiecka Afryka, jako uzdrowisko przeciw gruźlicy. Kyes: Wydzielenie lecytyny z jadu żmij (dok). Zypkin: Przyczynek do nauki o niedokrwistości śledzionowej. (dok)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Zuckerkandl: Całkowite wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego. Moll: Działanie żelatyny tamujące krew. Föderl: Plastyka podniebienia z przegrody nosowej. Fleischmann: Przypadek rwy nerwu trojdzielnego, jako przyczynek do patologii i etyologii tego cierpienia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 43. Arnold: Synteza kulek tłuszczu w komórkach wędrujących i ropnych. Albers-Schönberg: O nieznanem dotychczas działaniu x — promieni naustrój zwierząt. Edel: Istota i etyologia marskości nerek, oraz obiecujące jej leczenie. Kehr: Pierwszy przypadek pomyślnego podwiązania tętnicy wątrobowej właściwej z powodu tętniaka. Hey: Przyczynek do myastenii złośliwej rzekomo-porażnej. Grünewald: Użycie dawniejszej tuberkuliny Kocha dla poznania gruźlicy płucnej. Pickert: Wartość dyagnostyki tuberkulinowej w zakładach dla chorych gruźliczych. Freymuth: Tuberkulina i zakłady lecznicze dla chorych na płuca. Menzer: Leczenie surowicą przeciwłańcuszkowcową zakażenia mięszanego w przebiegu gruźlicy. Baer: Przyczynek do sprawy sanatoryów. Sanatoryą okrętowe. Wertheimber: Zranienia przy spółkowaniu. Kneise: Leczenie poronienia. Rosenbach: Przewaga jednoocznego widzenia przy patrzeniu dwuocznem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Ribbert: Morfologia i chemia zwyrodnienia tłuszczowego. Riegel: Dwubitność serca i hemisystolia. Grützner: Rozdrabianie kału ludzkiego. Riedel: O wyłyżeczkowaniu gruczołu krokowego. Sticher: Cystoskopijnie wykazalne zmiany w pęcherzu przy raku macicy. Mainzer: Samoistne naprężenie prącia (priapismus) trwające 9 dni. Stein: O szybkiem stwardzaniu i szybkiem zatapianiu.

Redakcya otrzymała. Rzętkowski: Cele i widoki farmakologii nowoczesnej. Kędzior: 1) O leczeniu błednicy. 2) Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung. 3) Przyczynek do nauki o chorobie Basedowa. 4) Spostrzeżenia kliniczne nad zimnicą w okolicach Krakowa.

---

* *Otrzymujemy następujące oświadczenie:*

Kraków, dnia 3 listopada, 1903.

Szanowny Panie Redaktorze!

W sprawozdaniu z XIII Zjazdu Chirurgów polskich w Krakowie w „Przeglądzie lek.“ z r. b., streszczenie wykładu mego „O fagocytozie“ (str. 552. 553), oraz przemówień moich w dyskusyi (str. 553, 611) jest bardzo niedokładne tak, że zupełnie nie oddaje wyrażonych przezemnie myśli. Wobec tego nie mogę przyjąć odpowiedzialności za poglądy i twierdzenia, podane w tem sprawozdaniu pod mojem nazwiskiem i zmuszony jestem odesłać czytelników, interesujących się tym przedmiotem, do publikacyi wykładu mego „O fagocytozie“, jaka w niedalekiej przyszłości się ukaże, oraz do Pamiętnika XIII Zjazdu Chirurgów polskich w Krakowie, który poda treść przemówień moich w dyskusyi.

Uprzejmie prosząc Pana Redaktora o zamieszczenie powyższych słów kilku w najbliższym numerze „Przeglądu lekarskiego“, łączę wyrazy poważania *Prof. K. Klecki.*

Z naszej strony oświadczamy, że sprawozdawcą z XIII-go Zjazdu chirurgów polskich jest Dr. Żmigród, lekarz poświęcający się chirurgii i niejako urzędowy stenograf Zjazdu, a tem samem posiadający idealne warunki sprawozdawcy. Jesteśmy przekonani, że są odczyty i przemówienia, zupełnie nienadające się do streszczenia, jak np. wspomniany odczyt prof. Kleckiego „O fagocytozie“; a powtóre, streszczenia sprowadzone do kilku lub kilkunastu wierszy, nigdy nie mogą zadowolnić prelegentów, a czasem przyczyniają się do wypaczenia myśli autora. Na przyszłość uwzględniać będziemy tylko autoreferaty. (*Redakcya*).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L 1561/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu**. Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka, Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn, Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903